تعامل انسان و اطلاعات، جلد۴ شماره۱
http://hii.khu.ac.ir
مقاله اصیل پژوهشی

بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیمار

وحیده زینالی: دانشجوی دکتری علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول).
vahide.zeynaly4183@gmail.com
نصرت ریاحی‌نیا: استاد، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ودود جوادی پروانه: فوق تخصص روماتولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
سعید اسدی: دکتری فناوری اطلاعات وارتباطات، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

چکیده

دریافت: ۱۳۹۶/۶/۶
پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۱

زمینه و هدف: تجویز اطلاعات سلامت به معنای ارائه اطلاعات مناسب، در زمان مناسب و به فرد مناسب است. پژوهش حاضر سعی دارد به بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیمار بپردازد.

روش پژوهش: به منظور بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیماران از روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون تک‌گروهی استفاده شد. ۳۷ مراقب بیمار مبتلا به سندرم نرمی مفصل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق‌ساخته توان خودمراقبتی بود که پس از تایید روایی و پایایی جهت گردآوری اطلاعات به کار گرفته شد. توان خودمراقبتی مراقبان بیماران در مراجعه اول (پیش از تجویز اطلاعات سلامت) و پس از مراجعه دوم (پس از تجویز اطلاعات سلامت) محاسبه شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل واریانس در سطح معناداری $p< ۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار توان خودمراقبتی مراقبان بیماران پیش از تجویز اطلاعات سلامت در زیرمقیاس‌های دانش اختصاصی درباره بیماری ۱۵، آگاهی و توجه به تاثیرات بیماری ۴/۷۳، انجام موثر اعمال درمان ۱۲/۳۸ و جستجوی خدمات پزشکی ۱۴/۵۹ بود و پس از مداخله در زیرمقیاس‌های دانش اختصاصی درباره بیماری به ۳۵/۱۳، آگاهی و توجه به تاثیرات بیماری ۱۱/۳۵، انجام موثر اعمال درمان ۲۷/۴۹ و جستجوی خدمات پزشکی ۲۱/۴۶ رسید که نشان‌دهنده تاثیر مداخله انجام شده بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مصرف‌کننده اطلاعات سلامت، آموزش سلامت، خودمراقبتی، نرمی مفصل، مراقبان بیمار

مقدمه

یکی از بزرگترین چالش‌هایی که سیستم‌های بهداشتی جهان در حال حاضر با آن مواجه هستند، افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن است. بیماری‌های مزمن یکی از محرک‌های اصلی اتلاف هزینه‌های سلامت به شمار می‌روند (کریمی و دیگران، ۱۳۹۰). این بیماری‌ها نه تنها هزینه مالی قابل توجهی بر بدنه نظام سلامت وارد می‌سازند بلکه کشور، بخشی از نیروی انسانی خود را به واسطه ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن از دست می‌دهد.

خودمراقبتی یکی از عوامل موثر بر روند بهبود بیماری‌های مزمن و ارتقای کیفیت زندگی بیمار است. هر انسانی، به طور ذاتی توان و استعداد مراقبت از خود را دارد. خودمراقبتی بخش جدایی‌ناپذیر تمام سطوح مراقبت‌های اولیه بهداشتی و تخصصی بوده و اندکی تسهیل در روند اجرای خودمراقبتی، می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد (انصاری‌پور و خسروی، ۱۳۹۳). بنا بر تعاریف ارائه شده، خودمراقبتی اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف‌داری است که فرد به منظور حفظ حیات و تامین و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد (شکیبازاده، ۱۳۹۳). به این ترتیب، خودمراقبتیدر برگیرنده فعالیت‌هایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت‌ها، درمان مبتلایان به بیماری‌های مزمن و توانبخشی آنها است.

اطلاعات نقش مهمی در تلاش خودمراقبتی فرد ایفا می‌کند. فرگوسن[1] (۱۹۹۲) در یک هرم شش سطحی، جایگاه و نقش اطلاعات در هریک از مراحل تلاش خودمراقبتی را تشریح می‌کند. سطح اول تلاش خودمراقبتی زمانی آغاز می‌شود که

[1]. Ferguson

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

فرد قبل از مشورت با پزشک و متخصصان درمان، به دنبال اطلاعاتی برای مدیریت بیماری خود می‌گردد. در سطح دوم فرد از اطلاعات دوستان و اعضای خانواده برای مدیریت بیماری استفاده می‌کند. در سطح سوم فرد به سراغ گروهی از افراد که بیماری مشابهی دارند می‌رود. آنها بر اساس تجربیات خود به ارائه اطلاعات به وی می‌پردازند. سطح چهارم شروع ارتباط بیمار با پزشکان و متخصصان درمان است. در این سطح فرد راهنمایی و مشاوره‌های لازم را از پزشک دریافت می‌کند ولی هنوز نقش اصلی را خود در فرایند مدیریت بیماری‌اش ایفا می‌کند. در سطح پنجم پزشکان و متخصصان سلامت صرفا مشاور بیمار نیستند و به همراه بیمار در فرایند درمان و تصمیم‌گیری به ایفای نقش می‌پردازند. سطح ششم که آخرین سطح از سطوح تلاش خودمراقبتی است زمانی آغاز می‌شود که پزشک مسئولیت اصلی در فرایند درمان را بر عهده می‌گیرد. فرگوسن معتقد است که سطح ششم برای کمتر از یک درصد از مشکلات سلامتی کاربرد دارد. هرم فرگوسن نمود روشنی بر اهمیت نقش اطلاعات در تلاش خودمراقبتی فرد است.

تجویز اطلاعات سلامت[1] و یا به بیان دیگر اطلاع‌درمانی[2] رویکرد نوینی است که امکان ارائه اطلاعات مناسب را در زمان مناسب به فرد بیمار یا مراقبان بیمار فراهم می‌کند. مفهوم اطلاع‌درمانی با پل زدن بر شکاف اطلاعاتی میان پزشک و بیمار، به بیمار کمک می‌کند تا در فرایند درمان خویش مشارکت داشته و بهترین تصمیم را در جهت ارتقاء سلامت خود بگیرد. به این ترتیب صرفه‌جویی چشم‌گیری در هزینه‌های درمانی نیز صورت می‌گیرد (سونیکا[3] و دیگران، ۲۰۱۴). هدف از تجویز اطلاعات، راهنمایی افراد به منابع اطلاعاتی مرتبط و قابل اطمینان است تا با استفاده از آنها بتوانند شرایط را مدیریت کرده و در ضمن استقلال خود را نیز حفظ نمایند. این اطلاعات دامنه‌ی گسترده‌ای از موضوعات مرتبط با سلامت بیمار مانند شرایط و روش‌های درمان، خدمات مراقبتی، مزایا و معایب روش‌های مختلف درمانی را در برمی‌گیرد. با توجه به اهمیت اطلاعات در تلاش خودمراقبتی افراد و با توجه به تاثیر توان خودمراقبتی بر مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن، بررسی تاثیر ارائه خدمات تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی فرد ضروری به نظر می رسد.

خدمات تجویز اطلاعات[4] (آی پی اس) اغلب برای بیماری‌های مزمن و طولانی مدت مانند آسم، بیماری‌های تنفسی، انسداد ریه، بیماریهای روماتیسمی و سرطان‌ها پیشنهاد می‌شود (برستر[5]، ۲۰۱۱). اغلب بیماری‌های روماتیسمی مزمن هستند و تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیمار دارند. یکی از انواع بیماری‌های روماتیسمی که در سنین ۳ تا ۷ سالگی شیوع دارد، سندرم نرمی مفصل است. سندرم نرمی مفصل نوعی اختلال بافت هم‌بند محسوب می‌شود. در این سندرم یک یا چند مفصل بیمار، دامنه حرکتی بیشتری نسبت به حد معمول داشته و دردناک هستند (فرل و دیگران[6]، ۲۰۰۴). سندرم نرمی مفصل علت شایع اغلب دردهای اسکلتی و عضلانی است (سیمپسون[7]، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سندرم نرمی مفصل تاثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی، قدرت و فعالیت بدنی کودکان مبتلا به این بیماری دارد (پالمر و دیگران[8]، ۲۰۱۵).

با توجه به این که سن شیوع بیماری سندرم نرمی مفصل در دوران کودکی است وکودکان معمولا توان مراقبت از خود و اجرای توصیه‌های درمانی را ندارند، بنابراین نقش مراقبان بیمار از اهمیت ویژه‌ای در درمان سندرم نرمی مفصل برخوردار خواهد بود. به همین دلیل در پژوهش حاضر به بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیمار مبتلا به سندرم نرمی مفصل تاکید شده است. این پژوهش طی دو فاز متوالی تولید محتوای اطلاعاتی مناسب و ارائه خدمات تجویز اطلاعات به اجرا درآمده است. محصول فاز نخست پژوهش کتابچه‌ای با عنوان سندرم نرمی مفصل می‌باشد که توسط پژوهشگران و با همکاری پزشک متخصص موضوعی تهیه و تنظیم شده است. این کتابچه حاوی اطلاعات استاندارد در مورد سندرم نرمی مفصل، علائم و نشانه‌های آن، نحوه تشخیص و درمان سندرم نرمی مفصل، خودمراقبتی‌های لازم در زندگی روزمره بیمار مبتلا به سندرم نرمی مفصل، عوارض ناشی از این بیماری و معرفی منابعی جهت اطلاعات بیشتر به مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل می‌باشد. هدف از فاز دوم پژوهش، ارائه کتابچه سندرم نرمی مفصل به مراقبان بیماران به منظور بررسی تاثیر اطلاعات ارائه شده بر توان خودمراقبتی آنها است.

---

1. Health Information Prescription (HIP)
2. Information therapy
3. Sonika, et al
4. Information Prescription Services (IPS)
5. Brewster
6. Ferrell, et al
7. Simpson
8. Palmer,et al

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

سوالات پژوهش

۱- توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل پیش از تجویز اطلاعات سلامت چقدر است؟

۲- توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل پس از تجویز اطلاعات سلامت چقدر است؟

۳- تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل دارد؟

پرسش فرعی ۳-۱: تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر دانش اختصاصی مراقبان بیمار درباره بیماری دارد؟

پرسش فرعی ۳-۲: تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر آگاهی و توجه مراقبان بیمار نسبت به تاثیرات و نتایج بیماری دارد؟

پرسش فرعی ۳-۳: تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر انجام موثر اعمال درمان و پیشگیری برای جبران ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد مراقبان بیمار دارد؟

پرسش فرعی ۳-۴: تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر جستجوی خدمات پزشکی و همکاری با گروه درمان در مراقبان بیمار دارد؟

پیشینه پژوهش

با نظر به این که پژوهش حاضر شامل دو متغیر اصلی تجویز اطلاعات سلامت و توان خودمراقبتی است، تلاش شد تا با نگاهی جامع به جدیدترین پژوهش‌های صورت گرفته در این دو حوزه پرداخته شود. بررسی اجمالی پیشینه‌های مربوط به تجویز اطلاعات سلامت نشان می‌دهد که در اغلب مطالعات صورت گرفته در این حوزه (گاوگانی و مهامی[1]، ۲۰۱۲؛ آنگ و دیگران[2]، ۲۰۱۵؛ کوگان و دیگران[3]، ۲۰۱۴؛ چسر و دیگران[4]، ۲۰۱۲؛ بیدواین و دیگران[5]، ۲۰۱۱; کین و دیگران[6]، ۲۰۱۱؛ الیور و دیگران[7]، ۲۰۱۱؛ اسملیگان و دیگران[8]، ۲۰۰۸؛ اشنایدر[9]، ۲۰۰۵) تمام یا بخشی از پژوهش به بررسی تاثیر ارائه خدمات تجویز اطلاعات سلامت بر سطح رضایتمندی پزشک و یا بیماران پرداخته است. تقریبا در تمام این پژوهش‌ها تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش سطح رضایتمندی پزشکان و بیماران شده است. برخی پژوهشگران مانند گاوگانی و روشنی شیرامین[10] (۲۰۱۳)، گاوگانی (۲۰۱۲) و لیزی و شیپ‌من[11] (۲۰۰۷) به بررسی موانع و محرک‌های تجویز اطلاعات سلامت پرداخته‌اند.

برخی پژوهش‌ها نیز تاثیر تجویز اطلاعات بر دانش بیماران را مورد توجه قرار داده اند. به طور مثال آنگ و همکارانش (۲۰۱۵) در پژوهش خود به تجویز اطلاعات سلامت به بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپال[12] پرداختند. در این پژوهش ۶۰ بیمار به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. ۲۳ بیمار در گروه کنترل، یک مراجعه معمولی داشته و مراقبت استاندارد سندرم تونل کارپال را دریافت کردند. ۳۷ بیمار در گروه آزمایش علاوه بر مراقبت استاندارد، جزوه‌ای دریافت کردند که آنها را به وب سایت انجمن جراحی دست آمریکا هدایت می‌کرد. سپس بیماران پرسشنامه‌ای حاوی ده سوال دوگزینه‌ای (صحیح یا غلط) جهت ارزیابی میزان دانش و شش سوال جهت بررسی سطح رضایتمندی دریافت کردند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که کمتر از نیمی از بیمارانی (۴۸ درصد) که جزوه را دریافت کرده بودند، وب سایت را بازدید کردند. نتایج نشان‌دهنده سطح بالاتر دانش و رضایتمندی بیمارانی است که جزوه را دریافت و از وب سایت معرفی شده استفاده کرده بودند. در پژوهشی دیگر چسر و همکارانش (۲۰۱۲) تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر سواد سلامت بیماران را مورد توجه قرار داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه همبستگی مثبتی میان سطح سواد سلامت گزارش شده بیماران و دریافت خدمات اطلاع‌درمانی وجود دارد. نکته مهم در مورد این پژوهش‌ها آن است که صرفا بر خود اظهاری بیمار تکیه شده و از ابزار دیگری برای سنجش سطح دانش و یا سواد سلامت، استفاده نشده است.

پژوهش‌های اخیر در داخل کشور از زوایای جدید، نگاهی دقیق به تجویز اطلاعات سلامت ارائه کرده‌اند. بررسی تاثیرات بالینی تجویز اطلاعات سلامت بر روند بهبودی بیماری توسط یاراحمدی و همکارانش (۲۰۱۴)، بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر کاهش استرس بیماران توسط احمدی‌زاده و همکارانش (۲۰۱۴) و امکان‌سنجی ارائه خدمات اطلاع درمانی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی توسط زینالی و ریاحی‌نیا (۱۳۹۴) از نمونه مطالعات اخیر داخلی هستند.

به منظور بهره‌گیری از روش و نتایج مطالعات پیشین در حوزه خودمراقبتی، جستجویی جامع در مطالعات داخلی صورت گرفت. از برآیند روش و حجم نمونه این مطالعات در تعیین

[1]. Gavgani & Mahami
[2]. Aung, et al
[3]. Kogan, et al
[4]. Chesser et al
[5]. Beaudoin, et al
[6]. Keene, et al
[7]. Oliver, et al
[8]. Smalligan, et al
[9]. Schneider, et al
[10]. Gavgani & Roshani Shiramin
[11]. Leisey & shipman
[12]. Carpal tunnel syndrome

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

جدول ۱. توزیع فراوانی پژوهش‌های بازیابی شده براساس روش پژوهش

روش پژوهش•	تعداد
توصیفی- تحلیلی	۴۲
توصیفی- همبستگی	۸
توصیفی- مقایسه ای	۳
نیمه تجربی با گروه کنترل	۵۰
نیمه تجربی بدون گروه کنترل	۱۰
کیفی	۳
فراتحلیل	۱

حجم نمونه پژوهش حاضر استفاده شده است. علت محدود کردن پژوهش‌ها به مطالعات داخلی و بومی، در نظر گرفتن مسائل بافت‌محور در مورد نمونه‌ها است. به این منظور پایگاه‌های اطلاعاتی *SID*، *Magiran* و سامانه دانش‌گستر برکت با کلیدواژه "خودمراقبتی" مورد جستجو قرار گرفتند. ۱۱۷ عنوان پژوهش در این زمینه موضوعی بازیابی شدند. توزیع فراوانی پژوهش‌های بازیابی شده بر اساس روش پژوهش را می‌توان درجدول شماره ۱ مشاهده کرد.

در ادامه به جزئیات برخی از پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه توان خودمراقبتی پرداخته می‌شود.

غفوری فرد و ابراهیمی در پژوهش خود در سال ۱۳۹۴ به بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۲۰ نفر از بیماران دیابتی در بخش غدد بیمارستان امام رضا (ع) تبریز صورت گرفت. برای جمع آوری داده‌ها از چک‌لیست ارزشیابی توان خودمراقبتی بیماران دیابتی استفاده شده است. بر اساس این چک‌لیست میزان اطلاعات بیماران در پنج حیطه اصلی رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، اندازه‌گیری قند خون، رژیم دارویی و مراقبت از پای دیابتی ارزیابی شده است. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین نمره توان خودمراقبتی در هر یک از پنج حیطه شامل رژیم غذایی (p=۰/۰۴) فعالیت فیزیکی (p=۰/۰۰)، اندازه‌گیری قند خون (p=۰/۰۰۳)، رژیم دارویی (p=۰/۰۰۱)، مراقبت از پای دیابتی (p=۰/۰۱) قبل و بعد از آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم تفاوت معنی داری را نشان می دهد. هاشملو و همکارانش (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای نیمه تجربی به بررسی تاثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان پرداختند. در این پژوهش ۵۰ سالمند به صورت سرشماری انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه کنترل و تجربی تقسیم شدند. از پرسشنامه نیازسنجی بر اساس مدل اورم و پرسشنامه توان خودمراقبتی سالمندان به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات استفاده شده است. در گروه مداخله برنامه خودمراقبتی به مدت ۴-۶ جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای بر اساس نیازهای خودمراقبتی اجرا شده و توان خودمراقبتی سالمندان در دو مرحله، قبل و یک ماه بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی به وسیله پرسشنامه توانایی خودمراقبتی سنجیده شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت آماری معناداری در دو گروه کنترل و مداخله از نظر سطوح نیاز وجود ندارد (p=۰/۷۶). مقایسه اختلاف میانگین‌های توان خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معنادار نشان داد (p=۰/۰۱۴)؛ به عبارت دیگر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم باعث ارتقاء توان خودمراقبتی در سالمندان می‌شود. نصیری و پودینه‌مقدم (۱۳۹۱) در پژوهش خود به بررسی تاثیر برنامه آموزشی به شیوه *Teach Back* بر نقایص خودمراقبتی بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند پرداخته‌اند. در این پژوهش نیمه‌تجربی، ۳۶ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج این پژوهش سطح نقایص خودمراقبتی بیماران پیش از انجام مداخله را بالا نشان می‌دهد به شکلی که میانگین نقایص خودمراقبتی در حیطه تغذیه ۴/۰۵، مراقبت از پوست ۲/۹، فعالیت و استراحت ۳، دفع ۱/۱۱، مایعات و الکترولیت‌ها ۲/۹۷، مصرف دارو ۴/۶۹ و سلامت روحی ۶/۲ بوده است. این مساله نشانگر سطح پایین توان خودمراقبتی در بیماران حاضر در پژوهش می‌باشد. پس از مداخله میانگین نقایص خودمراقبتی در حیطه تغذیه به ۱/۹۷، مراقبت از پوست ۰/۹۷، فعالیت و استراحت ۱/۵۸، دفع ۰/۳، مایعات ۰/۹۱، مصرف دارو ۲/۵۲ و در حیطه سلامت روحی به ۲/۸۰ رسید که نشان‌دهنده تاثیر مداخله اجرا شده است.

از بررسی اجمالی پیشینه‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که پژوهش دقیقی جهت بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر دانش فرد و توان خودمراقبتی وی انجام نشده است. به منظور ارائه‌ی موثر خدمات تجویز اطلاعات سلامت، می‌بایست تمامی جوانب بررسی شده و گسستهای دانشی موجود برطرف شوند، لذا پژوهش حاضر به بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیماران خواهد پرداخت.

روش

پژوهش حاضر از بعد هدف، کاربردی است. با توجه به این که توان خودمراقبتی متغیری است قابل سنجش با روش‌های کمّی که ارزیابی آن مبنای بسیاری از پژوهش‌ها نیز قرار گرفته است، از رویکرد خردگرایانه در پرداخت به آن بهره گرفته شده است. چرا که فرض اصلی رویکرد خردگرایانه این

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

جدول ۲. پژوهش‌های بازیابی شده وحجم نمونه مورداستفاده در هر پژوهش

پژوهش	حجم نمونه
صالحی و دیگران، ۱۳۹۳	۳۱ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند
پودینه مقدم و نصیری، ۱۳۹۳	۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
ناجی و دیگران، ۱۳۹۱	۳۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند
نصیری و پودینه مقدم، ۱۳۹۱	۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
مسعودی و دیگران، ۱۳۸۹	۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
مدنی و ناوی پور، ۱۳۸۴	۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
نصیری و دیگران، ۱۳۸۰	۳۷ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
حسینی و دیگران، ۱۳۸۱	۲۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
غفوری فرد و ابراهیمی، ۱۳۹۴	۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس
صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۴	۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس

است که واقعیت چیزی است که فرد می‌تواند به وسیله حواس خود آن را تجربه کند (پاول، ۱۳۷۹). از آنجا که پژوهش حاضر در ارزیابی توان خودمراقبتی مراقبان بیماران به دنبال داده‌های کمّی دقیق است، پارادایم اثباتی پارادایمی مطلوب برای این پژوهش محسوب می‌شود. روش‌شناسی حاکم بر این پارادایم نیز روش‌شناسی کمّی‌گراست. روش‌های پژوهش کمّی قادرند یک فرایند پیچیده یا یک کل را به متغیرهای تشکیل‌دهنده یا عناصر سازنده آنها تجزیه نموده و هر یک را به طور جداگانه بررسی و مطالعه نمایند. فعالیت‌های پژوهش کمّی بر اساس تجزیه و تحلیل یک یا چند پیشنهاد فرضی و ذهنی درباره روابط علت و معلولی میان دو یا چند متغیر بنا می‌گردد و هدف، آزمودن و یا آزمایش کردن این روابط می‌باشد. در بسیاری از موارد، فراهم آوردن شرایط آزمایشی میسر نیست. در چنین مواردی محققان روش دیگری با عنوان نیمه آزمایشی، نیمه تجربی یا شبه آزمایشی پیشنهاد می‌کنند (منصوریان، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل از روش شبه‌آزمایشی (نیمه‌تجربی) با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون یک گروهی بهره گرفته شده است. در این طرح متغیر وابسته قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه گیری می‌شود. مراحل اجرای طرح پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه عبارت است از اجرای پیش آزمون، قرار دادن آزمودنی‌ها در معرض متغیر مستقل و در نهایت اجرای پس آزمون و مقایسه نتایج حاصل با استفاده از آزمون آماری مناسب (دلاور، ۱۳۸۸). به این ترتیب پس از مراجعه اول، آزمودنی‌ها (مراقبان بیماران) بوسیله ابزار اندازه‌گیری توان خودمراقبتی (پرسشنامه محقق ساخته) مورد آزمون قرار گرفتند. سپس آزمودنی‌ها در معرض مداخله آزمایشی (تجویز اطلاعات سلامت) قرار گرفته و پس از آن در مراجعه دوم، سطح توان خودمراقبتی آزمودنی‌ها مجددا مورد ارزیابی قرار گرفت.

جامعه‌ی پژوهش حاضر کلیه والدین مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی کودکان مفید هستند که حداقل یک کودک مبتلا به سندرم نرمی مفصل (*JHMS*)[1] دارند. به دلیل مشخص نبودن حجم دقیق جامعه و پیش‌بینی‌های اولیه مبنی بر کمبود مراجعه‌کنندگان مبتلا به سندرم نرمی مفصل در بازه زمانی تعیین شده که امکان محاسبه واریانس نمونه اولیه را دشوار می‌سازد، به منظور تعیین حجم نمونه اقدام به بررسی مطالعات مشابه داخلی (از نظر متدولوژی) با پژوهش حاضر شد. ده پژوهش با متدولوژی مشابه با پژوهش حاضر یعنی روش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون تک گروهی (بدون گروه کنترل) یافت شد و حجم نمونه‌های بررسی شده در آنها بدست آمد. جدول ۲، حجم نمونه هر یک از این ده پژوهش را نمایش می دهد.

با توجه به حجم نمونه‌های به کار گرفته شده در مطالعات مشابه و فرمول آماری زیر، حجم نمونه ۳۷ مورد تعیین شد. این حجم از نمونه بر اساس مستندات موجود ضامن اعتبار نتایج آماری پژوهش است.

$$N= 2(Z1- \alpha/2+ Z1- \beta)\ 2\ \delta2/d2$$

$$\alpha= 0.05 \quad \beta= 0.1 \quad \delta= 4.36 \quad d=2.33$$

پرسشنامه استانداردی جهت سنجش توان خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل وجود نداشت؛ بنابراین با بهره‌گیری از تئوری خودمراقبتی اورم و بر مبنای محتوای اطلاعاتی تولید شده در فاز اول پژوهش، تحت نظر پزشک متخصص روماتولوژی به ساخت پرسشنامه سنجش توان خودمراقبتی اقدام شد. با هدف اطمینان از حصول روایی

[1]. Joint Hyper Mobility Syndrome (JHMS)

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

محتوا، پرسشنامه برای ۳ تن از متخصصان روماتولوژی کودکان، اساتید علم اطلاعات و دانش‌شناسی و یک دکتری تخصصی پرستاری ارسال گردید. پس از دریافت بازخورد از این افراد، اصلاحات پیشنهادی انجام و پرسشنامه نهایی تدوین شد.

لوبیندوود و هابر[1] در مورد پایایی ابزار می‌نویسند " پایایی ابزار یعنی این که وسیله سنجش در اندازه‌گیری‌های مکرر، یکسان پاسخ دهد" (لوبیندوود و هابر، ۲۰۰۲). پایایی نقش مهمی در انتخاب ابزار برای یک مطالعه بازی می‌کند. ابزار پایا، توان یک مطالعه را برای تشخیص تفاوت‌ها و ارتباطات معناداری که به طور واقعی در یک پژوهش اتفاق می‌افتد، افزایش می‌دهد. جهت تعیین پایایی ابزارها از تعیین همسانی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ) استفاده شد. در این مطالعه میزان آلفا برای پرسشنامه توان خودمراقبتی شامل دانش اختصاصی درباره بیماری، آگاهی و توجه به تاثیرات و نتایج بیماری، انجام موثر اعمال درمان و پیشگیری برای جبران ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی، جستجوی خدمات پزشکی و همکاری با گروه درمان ۰/۹۴ بدست آمد. حداقل آلفا نیز برای قبول همسانی درونی ۷۰ درصد در نظر گرفته شد (پولیت و بک[2]، ۲۰۰۶).

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌های کمّی پژوهش از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۸ استفاد شده است. داده‌های کمّی پژوهش در دوبخش آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آمار توصیفی پژوهش شامل اطلاعات جمعیت شناختی مراقبان بیماران و یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک زمان آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) می‌باشد. در بخش آمار استنباطی پژوهش به منظور پی بردن به این موضوع که مداخله انجام شده (تجویز اطلاعات سلامت) منجر به تغییر معنادار میانگین‌های گروه آزمایش در متغیرهای وابسته مورد بررسی در مرحله پس آزمون شده است یا خیر از تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی نشان می‌دهد که ۹۷ درصد از مراقبان بیماران در پژوهش حاضر را زنان و ۳ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. دامنه سنی مراقبان بیمار حاضر در پژوهش بین ۲۴ تا ۵۹ سال بوده و میانگین سنی گروه نمونه برابر با ۳۴/۴۱ سال است. تنها سه نفر (۸/۱ درصد) از مراقبان بیماران در گروه نمونه شاغل بوده و بقیه خانه‌دار هستند. بررسی سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که ۵۱/۴ درصد از مراقبان بیماران را دیپلمه‌ها، حدود سی درصد را افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، ۱۳/۵ درصد را افراد با تحصیلات ابتدایی و ۵/۴ درصد را دارندگان مدرک سوم راهنمایی تشکیل می‌دهند. بررسی قومیت شرکت‌کنندگان در پژوهش حاکی از آن است که ۵۱/۴ درصد از مراقبان بیماران را فارس‌ها، حدود ۲۵ درصد را ترک‌ها، ۱۰/۸ درصد را لرها و ۸/۱ درصد را کردها تشکیل می‌دهند. ۲ نفر از افراد گروه نمونه عرب هستند. ۴۸/۶ درصد از مراقبان بیماران دارای یک فرزند، ۳۵/۱ درصد دارای ۲ فرزند، ۱۳/۵ درصد دارای ۳ فرزند و یک نفر هم دارای ۴ فرزند است.

در پرسش اصلی اول پژوهش با عنوان "توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل پیش از تجویز اطلاعات سلامت چقدر است؟" به دنبال اندازه‌گیری توان خودمراقبتی مراقب بیماران پیش از تجویز اطلاعات سلامت و در پرسش اصلی دوم پژوهش با عنوان "توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل پس از تجویز اطلاعات سلامت چقدر است؟" به دنبال اندازه‌گیری توان خودمراقبتی بیماران پس از تجویز اطلاعات سلامت هستیم. یافته های جدول شماره ۳ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد توان خودمراقبتی، پیش و پس از انجام مداخله است.

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳، میانگین نمره کل توان خودمراقبتی مراقبان بیماران پیش از تجویز اطلاعات سلامت ۴۶/۷۰ است. میانگین توان خودمراقبتی مراقبان بیماران پس از دریافت تجویز اطلاعات سلامت ۹۵/۴۳ می‌باشد. بر اساس اطلاعات این جدول در گروه آزمایشی شاهد افزایش میانگین همه زیرمقیاس‌های توان خودمراقبتی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون هستیم. معناداری این تغییرات در طول زمان می‌باید مورد آزمون قرار گیرد.

پرسش اصلی سوم پژوهش با عنوان "تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر توان خودمراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل دارد؟" به دنبال بررسی نوع تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبین بیماران است. به منظور پی‌بردن به این موضوع که مداخله انجام شده منجر به تغییر معنادار میانگین‌های گروه آزمایش درمتغیرهای وابسته درمرحله پس آزمون شده است یا خیر، از تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. جدول شماره ۴ نشانگر نتایج تحلیل چند متغیری مربوط به توان

[1]. Lobindowood & Huber
[2]. Polit & Beck

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد توان خودمراقبتی به تفکیک زمان آزمون

گروه	نوبت آزمون	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	متغیر	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف معیار	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف معیار
توان خودمراقبتی	دانش اختصاصی درباره بیماری	۱۵	۹	۴۳	۷/۳۲	۳۵/۱۳	۱۶	۴۵	۶/۲۳
	آگاهی و توجه به تاثیرات بیماری	۴/۷۳	۳	۱۲	۲/۶۷	۱۱/۳۵	۷	۱۵	۱/۶۵
	انجام موثر اعمال درمان	۱۲/۳۸	۷	۳۰	۵/۸۳	۲۷/۴۹	۱۵	۳۵	۴/۴۸
	جستجوی خدمات پزشکی	۱۴/۵۹	۶	۲۳	۳/۴۶	۲۱/۴۶	۱۸	۲۸	۲/۳۵
	نمره کل	۴۶/۷۰	۲۹	۱۰۴	۱۵/۷۷	۹۵/۴۳	۶۰	۱۱۷	۱۱/۱۳

جدول ۴. نتایج تحلیل چندمتغیری

منبع اثر	آماره ملاک	ارزش آماره	نسبت F	df فرضیه	df خطا	معناداری	اتا
زمان	پیلائی	۰/۹۰۶	۷۹/۱۱	۴	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	ویلکز	۰/۰۹۴	۷۹/۱۱	۴	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	هتلینگ	۹/۵۹	۷۹/۱۱	۴	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶

جدول ۵. خلاصه یافته‌های آزمون اثر درون آزمودنی‌ها در توان خودمراقبتی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری
دانش اختصاصی درباره بیماری	زمان	۷۵۰۰/۳۴	۱	۷۵۰۰/۳۴	۲۱۳/۲۵	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۶۶/۱۶	۳۶	۳۵/۱۷	–	–
آگاهی و توجه به تاثیرات بیماری	زمان	۸۱۱/۱۵	۱	۸۱۱/۱۵	۱۹۴/۲۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۵۰/۳۵	۳۶	۴/۱۸	–	–
انجام موثر اعمال درمان	زمان	۴۲۲۲/۷۲	۱	۴۲۲۲/۷۲	۲۱۵/۰۸	۰/۰۰۱
	خطا	۷۰۶/۷۸	۳۶	۱۹/۶۳	–	–
جستجوی خدمات پزشکی	زمان	۸۷۱/۸۴	۱	۸۷۱/۸۴	۱۱۴/۰۶	۰/۰۰۱
	خطا	۲۷۵/۱۶	۳۶	۷/۶۴	–	–
نمره کل	زمان	۴۳۹۲۹/۸۵	۱	۴۳۹۲۹/۸۵	۳۲۲/۳۸	۰/۰۰۱
	خطا	۴۹۰۵/۶۵	۳۶	۱۳۶/۲۷	–	–

خودمراقبتی مراقبان بیماران است.

اطلاعات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت نمرات متغیرهای مورد مطالعه در طول زمان معنی‌دار شده است، به این معنی که مداخله انجام شده به طور کلی موثر بوده است. همان طور که پیش از این نیز اشاره شد، پرسش اصلی سوم پژوهش دارای چهار پرسش فرعی می‌باشد. این پرسش‌ها به بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر چهار مقیاس جداگانه تجویز اطلاعات سلامت می‌پردازند. جدول شماره ۵ جزئیات تفاوت‌ها را در چهار زیرمقیاس توان خودمراقبتی و نمره کل نشان می‌دهد.

اطلاعات جدول شماره ۵ نشان می‌دهد مداخله انجام شده توانسته است در هر چهار مقیاس و نمره کل توان خودمراقبتی تغییر معناداری در طول زمان ایجاد نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

توسعه رویکرد بیمارمحور به تدریج باعث می‌شود که بیماران نقش فعال‌تری در اتخاذ تصمیم‌های درمانی مربوط به خود ایفا کنند. بیماران و مراقبان بیماران از طریق اطلاعات و آموزش‌های مناسب تبدیل به عنصری تعیین‌کننده در نظام سلامت می‌شوند. تجویز اطلاعات سلامت گامی است موثر و کارآمد در راستای ارائه خدمات بیمارمحور و آموزش صحیح بیماران و مراقبان آنها. پژوهش‌های مختلفی در زمینه تجویز اطلاعات سلامت در سراسر دنیا صورت گرفته است. بخش اعظم این پژوهش‌ها به سنجش سطح رضایت گیرندگان خدمات تجویز اطلاعات سلامت پرداخته‌اند و بسیاری از جنبه‌های این موضوع مانند تاثیری که بر توان خودمراقبتی بیماران و یا رابطه پزشک و بیمار دارد مغفول باقی مانده است. پژوهش حاضر تلاشی است در جهت بررسی تاثیر تجویز اطلاعات سلامت بر توان خودمراقبتی مراقبان بیماران.

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

در پاسخ به پرسش اصلی اول پژوهش مبنی بر این که " توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل پیش از تجویز اطلاعات سلامت چقدر است؟" نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین توان خودمراقبتی مراقبان بیماران پیش از تجویز اطلاعات سلامت در زیرمقیاس‌های دانش اختصاصی درباره بیماری ۱۵، آگاهی و توجه به تاثیرات بیماری ۴/۷۳، انجام موثر اعمال درمان ۱۲/۳۸ و جستجوی خدمات پزشکی ۱۴/۵۹ است. نمره کل توان خودمراقبتی ۴۶/۷۰ است که کمتر از حد متوسط نمره کامل پرسشنامه توان خودمراقبتی (۶۲/۵) است. غفوری‌فرد و ابراهیمی (۱۳۹۴) نیز میانگین توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت را پیش از انجام مداخله آموزشی پایین گزارش کرده بودند. به طوری که میانگین توان خودمراقبتی در زیرمقیاس رعایت رژیم غذایی ۳/۷، فعالیت فیزیکی ۳/۲، اندازه‌گیری قند خون ۳/۵۵، رعایت رژیم دارویی ۳/۸۵ و مراقبت از پای دیابتی ۲/۹۵ گزارش شده است. نصیری و پودینه‌مقدم (۱۳۹۱) نیز سطح نقایص خودمراقبتی بیماران همودیالیزی را پیش از مداخله آموزشی بالا گزارش کرده‌اند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پاسخ به پرسش اصلی دوم پژوهش مبنی بر این که" توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل پس از تجویز اطلاعات سلامت چقدر است؟" نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین توان خودمراقبتی مراقبان بیماران پس از تجویز اطلاعات سلامت در زیرمقیاس‌های دانش اختصاصی درباره بیماری ۳۵/۱۳، آگاهی و توجه به تاثیرات بیماری ۱۱/۳۵، انجام موثر اعمال درمان ۲۷/۴۹ و جستجوی خدمات پزشکی ۲۱/۴۶ است. نمره کل توان خودمراقبتی ۹۵/۴۳ است که بیشتر از حد متوسط نمره کامل پرسشنامه توان خودمراقبتی (۶۲/۵) است. غفوری فرد و ابراهیمی (۱۳۹۴) نیز میانگین خودمراقبتی پس از مداخله آموزشی را بالاتر گزارش کرده‌اند به نحوی که میانگین توان خودمراقبتی در زیرمقیاس رعایت رژیم غذایی ۷/۴۵، فعالیت فیزیکی ۷، اندازه‌گیری قند خون ۷/۱۵، رعایت رژیم دارویی ۶/۶۰ و مراقبت از پای دیابتی ۷/۵۰ گزارش شده است. در پژوهش نصیری و پودینه‌مقدم (۱۳۹۱) نیز نقایص خودمراقبتی پس از انجام مداخله آموزشی دربیماران همودیالیزی کاهش پیدا کرده بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

پیش از پاسخ دادن به پرسش اصلی سوم پژوهش مبنی بر این که " تجویز اطلاعات سلامت چه تاثیری بر توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل دارد؟" به چهار پرسش فرعی پژوهش می‌پردازیم که از دل پرسش اصلی سوم استخراج شده‌اند. پاسخ به این چهارپرسش زمینه و مقدمه پاسخ‌دهی به پرسش اصلی سوم را فراهم می‌سازد.

پرسش فرعی اول با تمرکز بر زیرمقیاس اول توان خودمراقبتی یعنی دانش اختصاصی مراقب بیمار درباره بیماری مطرح شده است. اطلاعات جدول شماره ۵ نشانگر این است که میانگین نمره توان خودمراقبتی در حیطه دانش اختصاصی مراقب بیمار درباره بیماری، قبل و بعد از تجویز اطلاعات سلامت تفاوت آماری معناداری دارد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش دانش اختصاصی مراقبان بیماران درباره بیماری سندرم نرمی مفصل شده است ($p< ۰/۰۵$).

پرسش فرعی دوم با تمرکز بر زیرمقیاس دوم توان خودمراقبتی یعنی آگاهی و توجه مراقبان بیمار به تاثیرات و نتایج بیماری مطرح شده است. اطلاعات جدول شماره ۵ نشانگر این است که میانگین نمره توان خودمراقبتی در حیطه آگاهی و توجه مراقبان بیمار به تاثیرات و نتایج بیماری، قبل و بعد از تجویز اطلاعات سلامت تفاوت آماری معناداری دارد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش سطح آگاهی و توجه مراقبان بیماران به تاثیرات و نتایج بیماری شده است ($p< ۰/۰۵$). پرسش فرعی سوم با تمرکز بر زیرمقیاس سوم توان خودمراقبتی یعنی انجام موثر اعمال درمان و پیشگیری از ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی مراقبان بیماران مطرح شده است. اطلاعات جدول شماره ۵ نشانگر این است که میانگین نمره توان خودمراقبتی در حیطه انجام موثر اعمال درمان و پیشگیری از ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی مراقبان بیماران، قبل و بعد از تجویز اطلاعات سلامت تفاوت آماری معناداری دارد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که تجویز اطلاعات سلامت باعث انجام موثراعمال درمان و پیشگیری از ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی در مراقبان بیماران شده است ($p< ۰/۰۵$).

پرسش فرعی آخر با تمرکز بر زیرمقیاس چهارم توان خودمراقبتی یعنی جستجوی خدمات پزشکی و همکاری با گروه درمان توسط مراقبان بیماران مطرح شده است. اطلاعات جدول شماره ۵ نشانگر این است که میانگین نمره توان خودمراقبتی در حیطه جستجوی خدمات پزشکی و همکاری با گروه درمان، قبل و بعد از تجویز اطلاعات سلامت تفاوت آماری معناداری دارد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که تجویز اطلاعات سلامت باعث بهبود روند جستجوی خدمات

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

پزشکی و همکاری با گروه درمان توسط مراقبان بیماران شده است ($p<۰/۰۵$). با توجه به پاسخ چهار پرسش فرعی مطرح شده که همگی نشانگر افزایش میانگین نمره توان خودمراقبتی در زیرمقیاس مربوطه هستند و با بهره‌گیری از اطلاعات جداول ۴ و ۵ می‌توان گفت مداخله انجام شده (تجویز اطلاعات سلامت) توانسته است در تمام زیرمقیاس‌ها و نمره کل توان خودمراقبتی تغییر معناداری ایجاد کند. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل می‌شود ($p< ۰/۰۵$). در مطالعه‌ای هم که توسط هاشملو و همکاران با عنوان تاثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان در سال ۱۳۹۱ انجام شده است مقایسه اختلاف میانگین‌های توان خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنادار نشان داده است (هاشملو و دیگران، ۱۳۹۲). در پژوهش غفوری فرد و ابراهیمی (۱۳۹۴) نیز میانگین نمره توان خودمراقبتی در هر یک از پنج حیطه شامل رژیم غذایی ($p= ۰/۰۴$)، فعالیت فیزیکی ($p= ۰/۰۰$)، اندازه گیری قند خون ($p= ۰/۰۰۳$)، رژیم دارویی ($p= ۰/۰۰۱$)، مراقبت از پای دیابتی ($p= ۰/۰۱$) قبل و بعد از آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم تفاوت معناداری را نشان داد. نتایج پژوهش نصیری و پودینه‌مقدم نیز نشان‌دهنده تغییرات معنادار در میانگین نقایص خودمراقبتی بیماران همودیالیز است که با نتایج این پژوهش نیز همخوانی دارد. آنگ و همکارانش در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تجویز اطلاعات سلامت به بیماران مبتلا به سندرم تونل‌کارپال باعث افزایش سطح دانش این بیماران شده است (آنگ و دیگران، ۲۰۱۵). اگر چه افزایش سطح دانش به معنای افزایش توان خودمراقبتی نیست ولی می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر در زیرمقیاس اول با نتایج پژوهش آنگ و همکارانش نیز همخوانی دارد. چسر و همکارانش نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دریافت خدمات اطلاع‌درمانی باعث افزایش سطح سواد سلامت بیماران می‌شود (چسر و دیگران، ۲۰۱۲).

با توجه به آنچه در یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش حاضر مطرح شد، بیشتر مراقبان بیماران بیش از یک فرزند دارند. از آنجا که بیماری سندرم نرمی مفصل یک بیماری ارثی است، امکان بروز آن در سایر کودکان خانواده نیز وجود دارد. از طرفی در پرسش اصلی سوم پژوهش اثبات شد که تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش توان خودمراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل می‌شود، بنابراین تجویز اطلاعات سلامت نه تنها در نگهداری و درمان کودک بیمار موثر است بلکه به مراقبان بیمار دانش و آگاهی لازم برای مواجه شدن با موارد مشابه در دیگر کودکان خانواده را نیز می‌دهد.

تجویز اطلاعات سلامت ممکن است در نگاه اول خدماتی لوکس و حتی کم ضرورت به نظر برسد ولی در واقع بسیاری از بزرگترین مراکز بهداشتی و درمانی معتبر دنیا به دنبال تحقق آن هستند (باچر، ۲۰۰۷). چرا که تجویز هدفمند و صحیح اطلاعات سلامت می‌تواند زمینه پاسخگویی به سوالات بیماران و جلوگیری از تصمیم‌گیری‌های غلط بیمار و اطرافیانش را فراهم سازد. باعث صرفه‌جویی در وقت و انرژی پزشک معالج شده و رضایتمندی بیشتر بیمار را به همراه داشته باشد. پژوهش حاضر نشان داد که تجویز اطلاعات سلامت قادر است توان خودمراقبتی مراقبان بیماران را افزایش دهد. افزایش توان خودمراقبتی مراقب بیمار به معنای ارتقاء سطح مراقبت از بیمار در خانه و عملکرد همسو با تیم درمان است که در نهایت منجر به بهبود بیماری و افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌شود. علاوه بر این با ارتقاء توان خودمراقبتی، آگاهی مراقب بیمار در مورد بیماری افزایش یافته، دقت و سرعت عمل آنها در شناسایی و اقدام در موارد مشابه نیز افزایش می‌یابد.

پیشنهادات کاربردی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر در کنار نتایج حاصل از پژوهش‌های داخلی و خارجی می‌توان بر لزوم راه‌اندازی مراکز تحقیقات اطلاع‌درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تاکید داشت. مراکز تحقیقات اطلاع‌درمانی قادر خواهند بود با تولید نظام‌مند محتوای سلامت متناسب با استانداردهای تجویز اطلاعات سلامت، ارزیابی کیفیت و خوانایی اطلاعات سلامت تولید شده برای بیماران و مراقبان بیماران، پیگیری نیاز اطلاعاتی بیماران مبتلا به بیماری‌های مختلف در شرایط و مراحل متمایز بیماری و نیز ارزیابی تاثیرات کوتاه‌مدت و بلندمدت تجویز اطلاعات سلامت بر بدنه نظام سلامت کشور، تاثیر قدرتمندی بر پیشبرد اهداف ملی در راستای ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و کاهش هزینه‌های درمانی کشور داشته باشند. تدوین طرح درس با عنوان تجویز اطلاعات سلامت و تخصیص واحد درسی مرتبط با آن در دوره‌های کارشناسی کتابداری پزشکی از دیگر پیشنهادات پژوهش حاضر می‌باشد. از آنجا که کتابداران بالینی معمولا پس از گذراندن دوره کارشناسی کتابداری پزشکی وارد کتابخانه‌های بیمارستانی می‌شوند، آشنایی با مفهوم تجویز اطلاعات سلامت و فرایندهای آن می‌تواند کتابداران پزشکی را جهت همکاری با

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

سایر تخصص‌ها جهت ارائه خدمات اطلاعات سلامت آماده کند. پیشنهاد دیگر پژوهش حاضر، بازبینی در شرح وظایف و مخاطبین هدف در کتابخانه‌های بیمارستانی است. در حال حاضر مخاطبین هدف در کتابخانه‌های بیمارستانی را دانشجویان پزشکی، پزشکان و پرسنل درمانی تشکیل می‌دهند، حال آن که کتابخانه‌های بیمارستانی پتانسیل تبدیل شدن به مراکز ارائه خدمات اطلاعاتی به بیماران را نیز دارند.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی

بیماری سندرم نرمی مفصل که در پژوهش حاضر، مراقبان بیماران مبتلا به آن محور پژوهش بودند، یک بیماری مزمن و غیرحاد محسوب می‌شود. پیش‌بینی می‌شود در صورتی که بیماری سخت و یا حادی موضوع پژوهش باشد، نتایجی متفاوت از پژوهش حاضر حاصل شود. بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی تاثیرات مختلف تجویز اطلاعات سلامت بر بیماران و یا مراقبان بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت پرداخته شود. برخی از بیماری‌ها مانند ایدز، بیماری‌های مقاربتی و مشکلات مربوط به اندام تناسلی جزء بیماری‌هایی هستند که اطلاع‌یابی بیمار مبتلا به آن با چالش‌هایی همراه است. پیش‌بینی می‌شود تجویز اطلاعات سلامت در موضوعات تابو، ملاحظات و اصول متمایزکننده‌ای به همراه داشته باشد. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی بر جنبه‌های پنهان و تاثیرات تجویز اطلاعات تابو نیز تمرکز شود. یکی از اهداف نظام سلامت در هر کشور تولید اطلاعات سلامت مناسب و در دسترس قرار دادن این اطلاعات برای عموم افراد جامعه، بیماران و مراقبان آنها به صورت هدفمند است. این مسئله به ویژه در کشورهای در حال توسعه که تناسب پزشک و بیمار به هیچ عنوان استاندارد نیست اهمیت بیشتری دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به کمیت، کیفیت و خوانایی اطلاعات سلامت پیوسته تولید شده به زبان فارسی پرداخته شود تا علاوه بر این که اینفودمیولوژی[1] اطلاعات سلامت تولید شده در کشور مشخص می‌گردد، زمینه برای تولید اطلاعات باکیفیت در زمینه‌های موضوعی ضروری فراهم شود.

References

Ahmadizadeh, S., Bozorgi, A.S., & Kashani, L. (2017). The role of information therapy in reducing anxiety in patients undergoing in vitro fertilisation treatment. Health Info Libr J. 34(1); 86-91.

Ansaripour, S., Khosravi, M., Fouladband, F., Hashemian, V. (2015). Triple components of self-care. Behvarz. 90(25); 9-11. (Persian)

Aung, K.K. Wu, W.K. Tokumi, A. Kuo, P. Day, C. (2015). Does a directive to an internet site enhance the doctor-patient interaction? A prospective randomized study for patient with carpal tunnel syndrome. Jornal of bone & joint surgery. 97(13); 1112-18.

Beaudoin D.E., Long N., Logan R.A., Jones J.P., Mitchell, J.A.(2011). Using information prescriptions to refer patients with metabolic conditions to the Genetics Home Reference website. J Med Libr Assoc. 99(1); 70-76.

Brewster L., Sen, B. (2011). Quality signposting: the role of online information prescription in providing patient information. Health Inf Lib J. 28(1); 59-67.

Butcher, L. (2007). Information therapy: take two pills and one hour on the internet. Oncology times. 20(10); 39-48.

Chesser, A.K., Woods, N.C.K., Davis, A.A., & Bowers, C. J. (2012). Prescribing information therapy: opportunity for improved physician-patient communication and patient health literacy. Journal of primary care & community health. 3(1); 6-10.

Delavar, A. (2010). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd. (Persian)

Ferrell, W.R., Tennant, N., Sturrock, R.D., Ashton, L., Creed, G., Brydson, G., & Rafferty, D. (2004). Amelioration of symptoms by enhancement of proprioception in patients with joint hypermobility syndrome. Arthritis & Rheumatology. 50(10); 3323-28.

Ferguson, T. (1992). Patients heal theyself. The futurist. 1; 9-12.

Gavgani, V.Z., Shiramin, A.R. (2013). Physician directed information prescription service (IPs): barriers and drivers. ASLIB proc. 65(3); 224-42.

Gavgani, V.Z., Mahami, M. (2012). The assessment of information prescription service to patients with heart valve disease; applying user's satisfaction study. Library philosophy and practice (e-journal). 862.

Gavgani V.Z. (2012). Evidence based information prescription (IPs) in developing countries, evidence based medicine –closer to patients or scientists? Intech [serial online] 2012 April [cited 2015 Oct 2]; 1(1): 89-98. Available form: URL: http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/35208.pdf

Ghafourifard, M., Ebrahimi, H. (2015). The effect of Orem's self-care model-based training on self-care agency in diabetic patients. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 23(1); 5-13. (Persian)

Hashemlo, L., Hemmati Maslakpak, M., Khalkhali H. (2013). The effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 11(2); 119-126. (Per-

[1] Infodemiology

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

drome: An UK-Wide Survey of Physiotherapy Practice. Musculoskeletal care. 13(2); 101-11.

Polit, D.F., Beck, T.C. (2006). Statistic methods in health care research. 5th edition. Philadelphia; Mosby Co.

poodineh moghadam, M., Nasiri, A. (2014). The Impact of a Self-care Program Based on Orem's Self-Care Model on Psychological Self-Care Deficits in Hemodialysis Patients. Journal of Zabol University of medical sciences and health services. 6(3); 40-49. (Persian)

Powell, R.R. (2001). Basic research methods for librarians. Translated by Najla Hariri. Tehran: Islamic Azad University publishing co. (Persian)

Salehi, S., ziaeirad, M., Ruzbehi Babady, M., Fayazi, S. (2015). The effect of applying Orem self-care model on quality of life of the mothers having children with Phenylketonuria. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 12(10); 950-58. (Persian)

Samadzade, N., Poursharifi, H., Poursharifi, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors and symptoms of depression and anxiety in women with type 2 diabetes: a case study. Feyz. 19(3); 255-264. (Persian)

Schneider, J.M. (2005). Information therapy and librarians: quality prescription for health. J Hosp Lib. 5(4); 73-80.

Shakibazadeh, E. (2014). Using commercial marketing approach to deliver health and prevention: helping to promote self-care. Hayat. 20(3); 1-5. (Persian)

Simpson, M.R. (2006). Benign joint hypermobility syndrome: evaluation, diagnosis, and management. The Journal of the American Osteopathic Association. 106(9); 531-36.

Smalligan, R.D., Campbell, E.O., Ismail, H.M. (2008). Patient Experiences With MedlinePlus. gov. Journal of Investigative Medicine. 56(8); 1019-1022.

Sonika, R., Sharma, V.L., Singh, A. (2014). Information therapy: bridging information gap between doctors and patients. South East Asia Journal of public health.4 (2); 47-50.

Yarahmadi, A. Zare-Farashbandi, F. Kachui, A. Nouri, R. Hassanzadeh, A. (2014). The effects of non-attendance information therapy on the control of glycosylated hemoglobin (HbA1C) in type 2 diabetic patients. Journal of education and health promotion. 3; 1-5.

Zeinali, V., Riahinia, N. (2015). Information Therapy Services in Educational Hospitals: a Feasibility Study in Educational Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. JHA. 18 (59); 66-81. (Persian)

sian)

Hosseini, M.A., Karimi, M., Tadi, K. (2003). The relationship between self-esteem and self-care skills in adolescents aged 11-15 years with cerebral palsy. Research in medicine. 26(1); 33-36. (Persian)

Karimi, S., Javadi, M., Jafarzadeh, F. (2012). Economic Burden and Costs of Chronic Diseases in Iran and the World. Health Information Management. 8(7); 984-996. (Persian)

Keene, N., Chesser, A., Hart, T. A., Twumasi-Ankrah, P., & Bradham, D. D. (2011). Preliminary benefits of information therapy. Journal of primary care & community health. 2(1); 45-48.

Kogan, L.R., Schoenfeld-Tacher, R,. Gould, L., Hellyer, P.W., Dowers, K. (2014). Information prescription: a tool for veterinary practices. Open Veterinary Journal. 4(2); 90-95.

Leisey, M.R., Shipman, J.P. (2007). Information prescriptions: a barrier to fulfillment. JAMA. 95; 435-38.

Lobindowood, G., Huber, J. (2002). Nursing research method critical approsial and utilization. 5th edition. USA; Mosby Co.

Madani, H., Navipoor, H., Roozbayani, P. (2005). Effect of self - care program on the level of applying comparative methods on multiple sclerosis patients. Feyz. 9(3); 53-58. (Persian)

Mansourian, M. (2015). Research methods in information science and knowledge studies. Tehran: Samt. (Persian)

Masoodi, R., Khayeri, F., Safdari, A. (2010). Effect of self- care program based on the Orem frame work on self concept in multiple sclerosis patients. J Gorgan Univ Med Sci. 12 (3); 37-44. (Persian)

Naji, A., Naroie, S., Abdeyazdan, G., Dadkani, E. (2012). Effect of Applying Self-Care Orem Model on Quality of Life in the Patient under Hemodialysis. ZJRMS. 14 (1); 8-12. (Persian)

Nasiri, A., Poodineh moghadam, M. (2012). Effect of an educational plan based on Teach-Back method on hemodialysis patients' self-care deficits. Mod Care J. 9(4); 344-54. (Persian)

Nasiri, A., Navipour, H., Ahmadi, F. (2002). The effect of self-care program on respiratory and mood status in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Birjand. Modarres medical science journal. 4(2); 197-206. (Persian)

Oliver, K.B., Lehmann, H.P., Wolff, A.C., Davidson, L.W., Donohue, P.K., Gilmore, M.M., et al. (2011). Evaluating information prescriptions in two clinical environments. Journal of the Medical Library Association: JMLA. 99(3); 237-49.

Palmer, S., Cramp, F., Lewis, R., Muhammad, S., Clark, E. (2015). Diagnosis, Management and Assessment of Adults with Joint Hypermobility Syn-

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]

Human Information Interaction. Vol. 4, No. 1
http://hii.khu.ac.ir
Original Article

Effect of Health Information Prescription (HIP) on Caregiver's Self-Care Ability

Vahide Zeinali: PhD Student of Knowledge and Information Science, Kharazmi University, Tehran. Iran (Corresponding author). vahide.zeynaly4183@gmail.com
Nosrat Riahinia: Professor of Knowledge and Information Science, Kharazmi University, Tehran. Iran.
Vadood Javadi Parvaneh: MD, Pediatric rheumatologist, Shahid Beheshti university of medical science, Tehran, Iran.
Saied Asadi: Faculty member of Knowledge and Information Science Department, Shahed University, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Aim: Health Information Prescription (HIP) means delivering right information to the right person at the right time. The present study was performed to determine the effect of HIP on caregivers' self-care ability.

Methods: In order to evaluate the effect of HIP on caregivers' self-care ability the quasi-experimental study was carried out on 37 caregivers. Data collection was conducted using a checklist for evaluation of self-care ability. According to the checklist, the caregivers' information including four main domains (total knowledge about JHMS, attention to the effects of JHMS, the effective treatment activities and the quest of medical services) was scored based on a 5-point Likert scale. HIP services were then delivered. The caregivers' information was evaluated once again through the checklist and the pre and post intervention results were compared.

Results: This study showed that the mean score of self-care ability in each of four domains including total knowledge about JHMS (p=0.001), attention to the effects of JHMS (p=0.001), the effective treatment activities (p=0.001) and the quest of medical services (p=0.001) increased significantly after HIPS.

Conclusion: Results of this study indicated that HIP can increasingly improve the caregivers' self-care ability.

Keywords: Health information consumer, Health education, Self- care, Joint hyper mobility, Caregivers.

[Downloaded from hii.khu.ac.ir on 2024-04-24]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1396.4.1.6.7]