Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 2 No2 Winter 2015

Components of information behavior in patients with cardiovascular disease participated in cardiac rehabilitation program

Gholami M[1], Fallahi Khoshkenab M[2], Bagher Maddah SS[3], Rezai H[4], Asadollahi A[5], Yarahmadi S[6], Mousavi Arfaa N[7]

Abstract

Introduction: Information behavior focuses on how people find and use information for their work or personal needs. components of information behavior of cardiac rehabilitation (CR) patients throughout the program are under investigation. The purposes of the present study were to identify the information behaviors of cardiac patients over the third phase of CR programs.

Methods: In this mixed method research 44 Patients with cardiovascular disease were participated in martyr Rajai Hospital by convenience sampling method. An interview guide was prepared to conduct the interview. The questionnaire 'reasons for seeking health information' were developed based on a list proposed by warner and procaccino. Descriptive statistics and qualitative content analysis were used for data analysis.

Results: findings showed that cardiac patients in third phase of cardiac rehabilitation were most interested in information regarding learning for safety, healthy life style, risk factors, alternative therapies, Islamic and traditional medicine, state of the art and high tech medicine and also playing active roles in their daily lives, stress/psychological factors and trajectory of disease in the future. More than 95% of the participants reported that their health information seeking was driven by the desire for information about health-promoting behavior, or for information needed to make decisions about medication/treatment plans. majority of them reported that they use these information for sharing ideas with cardiac rehabilitation professionals and their peers, prevention of health risks and maintaining and promoting their health.

Conclusion: patients information behaviors varied over the course of their CR programs and the disease states. The future studies should be focused on any interventions that could boost information seeking and information behavior of these patients and improvement of information sharing between patients, families and CR health workers and to ensure these programs are meeting patient' information needs across all stages of recovery.

Keywords: Information Behavior, Health Information Seeking, Cardiovascular Disease, Cardiac Rehabilitation, Mixed methodology.

Received: 2 October 2014 **Accepted:** 16 December 2014

1-Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2-Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)

E-mail: msflir@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- MSc in Community Health Nursing Rajaie Cardiovascular Medical & Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- MSc in Management of Medical Informatics, Social Security Organization A F, Khorramabad, Iran

6- MSc Student in Critical Care Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

7- BS in Medical library and information sciences, Central Library of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۲ زمستان ۱۳۹۳ ۸۶-۷۳

مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی قلب

محمد غلامی[۱]، *مسعود فلاحی خشکناب[۲]، سادات سیدباقر مداح[۳]، حبیب اله رضایی[۴]، احمد اسدالهی[۵]، سجاد یاراحمدی[۶]، نازیلا موسوی ارفع[۷]

چکیده

مقدمه: رفتار اطلاعاتی به چگونگی یافتن و استفاده از اطلاعات توسط افراد، برای کار و نیازهای شخصی اشاره دارد. مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی در بیماران قلبی عروقی در مراحل توانبخشی به خوبی شناخته نشده است. هدف از این مطالعه بررسی مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی در طی مرحله سوم توانبخشی قلبی بود.

روش: در این مطالعه ترکیبی ۴۴ بیمار قلبی عروقی که در برنامه‌های توانبخشی قلبی در درمانگاه بازتوانی بیمارستان فوق تخصصی قلب شهید رجایی تهران شرکت داشتند به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب گردیدند. داده‌ها با استفاده پرسشنامه Warner and Procaccino با عنوان «دلایل جستجوی اطلاعات سلامت» و همچنین انجام مصاحبه ساختارمند جمع‌آوری شدند. سپس داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوای کیفی و آزمون‌های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نیازهای اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی در مرحله سوم توانبخشی قلب با یادگیری برای امنیت، سبک زندگی سالم، عوامل خطر، درمان‌های جایگزین، طب سنتی - اسلامی و پزشکی نوین همچنین ایفای نقش در زندگی روزمره، عوامل روان‌شناختی و سیر بیماری در آینده ارتباط دارد. نیاز به تصمیم‌گیری درمانی و رفتار ارتقاء سلامت بیش‌ترین دلیل آن‌ها برای جستجوی اطلاعات سلامت بود و از اطلاعات برای راهنمایی همتایان، تبادل اطلاعات با کارکنان توانبخشی قلب، پیشگیری از خطرات سلامت، حفظ و پایش سلامت خویش استفاده می‌کردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی بر اساس مراحل و سیر بیماری، متفاوت می‌باشد. تحقیقات آینده باید روی مواردی مانند مداخلات محرک جستجوی اطلاعات، رفتار اطلاعاتی و تبادل اطلاعات بیماران و خانواده‌ها در همه مراحل توانبخشی و سایر واحدهای توانبخشی قلب تمرکز کند.

کلیدواژه‌ها: رفتار اطلاعاتی، جستجوی اطلاعات سلامت، بیماری قلبی عروقی، توانبخشی قلب، روش ترکیبی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۵

۱- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران **(نویسنده مسؤول).**
پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com
۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴- کارشناس ارشد پرستاری سلامت اجتماعی مرکز قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵- کارشناس ارشد مدیریت فناوری اطلاعات پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی ن.م، خرم‌آباد، ایران.
۶- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۷- کارشناس کتابداری اطلاعات پزشکی، کتابخانه مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

مقدمه

یکی از ویژگی‌های بیماری‌های قلبی عروقی، مزمن بودن آن‌ها است که ریشه در دوران کودکی داشته و نیاز به مراقبت مداوم طبی و مداخلات حاد رویدادی دارد (۱). بیماری قلبی عروقی یکی از علت‌های اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در کشورهای توسعه‌یافته و درحال‌توسعه می‌باشد (۲،۳). در مطالعات متعدد در راستای ارتقاء مدیریت سلامت و توانبخشی بیماران مزمن قلبی عروقی، بر نقش فعال رفتار اطلاعاتی دریافت‌کنندگان خدمات سلامت و به‌کارگیری این اطلاعات در حل مشکلات روزمره و عدم قطعیت تمرکز شده است (۴). wilson رفتار اطلاعاتی را شامل کلیه رفتارهای انسان که با منابع و کانال‌های اطلاعاتی یعنی جستجو و استفاده از اطلاعات مرتبط می‌باشد تعریف می‌کند؛ اما بیشتر محققین نظیر Fisher، Mckechnie ، Choo و Detlor رفتار اطلاعاتی را به عنوان مفهومی وسیع تر و شامل نیازها، جستجوی اطلاعات، مدیریت آن ها، ارائه و استفاده از اطلاعات در نظر می‌گیرند (۵). در مطالعات مرتبط با حوزه ارتباطات در سلامت قلب، بیشتر بخش اول رفتار اطلاعاتی یعنی نیاز اطلاعاتی و آموزشی بیماران قلبی عروقی از طریق مطالعات کمی یا کیفی در ایران و کشورهای غربی بررسی شده است. نتیجه مطالعه کیفی Hanssen، Nordrehaug و Hanestad که در نروژ باهدف کشف نیازهای اطلاعاتی بیماران سکته قلبی طراحی شده بود نشان داد که اکثریت مشارکت‌کنندگان کمبود اطلاعات در منزل را مربوط به موضوع تطابق با پیامدهای جسمی–روانی بیماری، فعالیت فیزیکی، تغییرات مورد نیاز در سبک زندگی جهت پیشگیری، کاهش خطرات قلبی–عروقی و نحوه کار و اشتغال در آینده می‌دانستند که این مشکلات با احساس عقب‌نشینی جسمی–روانی توصیف می‌گردید (۶،۷). در ایران رستمی و همکاران مهم‌ترین نیاز آموزشی بیماران سکته قلبی را دانستن علائم بیماری، اطلاعات دارویی، عوامل سبک زندگی و آناتومی–فیزیولوژی مشخص کردند (۸). همچنین در مطالعه علوی و همکاران چهار مفهوم اساسی تناسب، جامعیت، صحت و نظام به عنوان عناصر تشکیل‌دهنده خدمات آموزشی در توانبخشی قلب شناسایی شدند (۹)؛ اما رفتار اطلاعاتی ماوراء نیازهای اطلاعاتی می‌باشد و محققینی نظیر Chauhdry و Meer بر اهمیت مطالعه این رفتار در بیماران قلبی عروقی به ویژه در مراحل توان‌بخشی قلب تاکید کرده‌اند (۵). چرا که رفتارهای اطلاعاتی مانند جستجو و استفاده از اطلاعات می‌تواند به تسهیل تصمیم‌گیری جهت تعدیل سبک زندگی و پیروی از آن، افزایش خود کارآمدی، مدیریت تنش و حتی کم کردن سرعت فرآیند بیماری کمک کند (۱۰). از سویی، جستجوی ناکافی اطلاعات، به عنوان یکی از موانع اصلی برای خود مدیریتی، تبعیت از رژیم دارویی و پایشگری در بیماران قلبی ذکر شده است (۱۱). در مطالعات دیگر مشخص شده که مشارکت ناکافی در جستجوی اطلاعات و عدم شناخت بیمار از نارسایی قلبی و مدیریت مؤثر آن، منجر به پیامدهای مراقبتی ضعیف، انتظارات غیر واقعی، سردرگمی در مدیریت تغییر شرایط، اضطراب و ناامیدی، عدم تبعیت از ورزش یا رعایت رژیم کم سدیم، همچنین تأخیر در جستجوی درمان و خود مراقبتی نامناسب می‌شود (۱۲).

در مطالعات محدودی، رفتار اطلاعاتی در بیماران قلبی عروقی با تاکید بر موانع جستجوی اطلاعات، مدیریت دانش یا جستجوی فعال اطلاعات از منابع اطلاعاتی انجام شده است. در یک مطالعه کیفی در انگلستان مشخص شد که بیماران قلبی در مراحل توانبخشی و به ویژه در شرایط حاد و بحرانی بیماری زمانی که کیفیت زندگی در تضاد با میزان بقاء طولانی مدت آن ها بود در جستجوی اطلاعات زیست پزشکی و آخرین شواهد پزشکی از متخصصین و پزشکان بودند (۴). رفتار اطلاعاتی می‌تواند به عنوان یک راهبُرد تطابقی جهت کاهش نابرابری‌های ارتباطی و دستیابی عادلانه به مراقبت سلامت باشد (۱۳). با وجود اهمیت و پیامدهای مفیدی که جستجوی اطلاعات دارد، برخی تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران قلبی عروقی، اطلاعات مربوط به سلامت قلب را جستجو نمی‌کنند به طوری که در مطالعه Cagle و همکاران از

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-07]

۳۲۳ نفر مشارکت‌کننده در مطالعه فقط ۷ درصد، اطلاعات مربوط به حمله قلبی و مدیریت علائم را جستجو کرده بودند (۱۴،۱۵).

Conley در پژوهش خود ضرورت مطالعه و درک ابعاد مختلف پدیده رفتار اطلاعاتی را در بستر ارتقاء سلامت مطرح نموده است (۱۶). اگرچه مطالعاتی در خصوص رفتارهای کسب اطلاعات در بیماران سرطانی در مرحله تشخیص و درمان سرطان (۱۷،۱۸) والدین، زنان روستایی، افراد جامعه (۱۹) دیابتی‌ها، مبتلایان به ایدز و با تاکید بیشتر بر بیماران سرطان پروستات و سینه انجام شده است (۲۰)؛ اما تا به حال مطالعه‌ای خاص در زمینه رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی و یا مرحله بعد از درمان و توانبخشی انجام نشده است.

با توجه به این حقیقت که بیشتر بیماران قلبی عروقی به دنبال جستجوی اطلاعات مرتبط با خود مراقبتی و ارتقاء سلامت خود نمی‌باشند (۱۴،۱۵) و یا در این راستا با چالش‌های زیادی مثل عدم مشارکت در فرآیندهای فعالانه کسب اطلاعات بیمار محور، دریافت اطلاعات متناقض، حجم زیاد شواهد پزشکی و عدم دستیابی به منابع اطلاعاتی (نظیر پرستاران، پزشکان و اینترنت) برای جستجوی اطلاعات و رفع نیازهای اطلاعاتی و ارتباطی خود روبرو هستند (۲۱،۲۲) اهمیت تحقیق در مورد رفتار اطلاعاتی در بستر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی آشکار می‌گردد (۲۲،۲۳). بزرگ‌ترین چالش معاصر برای بهبود مدیریت بیماری قلبی عروقی، نیاز به پیدا کردن راهی برای بهبود مدیریت عوامل خطر قابل تعدیل در قالب رفتارهای پیشگیرانه است. در این راستا مطالعه رفتار اطلاعاتی به عنوان یک رفتار بهداشتی جهت کنترل عوامل خطر نظیر کاهش مصرف الکل و سیگار، کنترل فشارخون، تبعیت از رژیم غذایی سالم و مدیریت تنش‌ها ضرورت دارد. از سوی دیگر با توجه به رویکرد مراقبت طولانی مدت از بیماران قلبی عروقی، نیاز به مطالعه توانایی مستقل بیمار برای جستجو و استفاده از اطلاعات و به اشتراک گذاشتن دانش، با تاکید بر شاخص‌های پیشگیری، درمان‌های تسکینی، پایش سلامت و درمان‌های سرپایی در منزل از طریق تحقیقات ترکیبی توصیه شده است (۴). با عنایت به اینکه دانش کمی در مورد رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی طی فاز توانبخشی در ایران وجود دارد، این مطالعه ترکیبی با هدف شناخت مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی در طی مرحله سوم توانبخشی قلب و بر اساس فرهنگ ایرانی-اسلامی و نیازهای آن‌ها انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه به روش ترکیبی انجام شده است که در آن ۴۴ بیمار قلبی عروقی که در برنامه‌های توانبخشی قلبی در درمانگاه بازتوانی بیمارستان فوق تخصصی قلب شهید رجایی تهران شرکت داشتند انتخاب گردیدند. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده سنی بیش از ۱۸ سال، حضور در حداقل ۶ جلسه منظم در برنامه توانبخشی قلب و توانایی همکاری به لحاظ شرایط جسمی و روانی بود و بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند و یا در طی مطالعه در سایر برنامه‌های آموزشی و توانبخشی قلبی شرکت کرده بودند از مطالعه خارج شدند. داده‌های پژوهش در این مطالعه با استفاده از مصاحبه‌های ساختارمند و یک پرسشنامه، به‌طور هم زمان جمع‌آوری گردید. برای انجام مصاحبه‌های ساختارمند یک راهنمای مصاحبه شبیه پرسشنامه و بر اساس مرور متون تهیه گردید (۵،۲۴). بخش اول راهنمای پرسشنامه شامل هفت سئوال مرتبط با شرایط بیماری قلبی، وضعیت سلامت و مشخصات فردی بود و بخش دوم این راهنما شامل ۱۸ سئوال در خصوص دو مؤلفه اصلی رفتار اطلاعاتی یعنی «نیازهای اطلاعاتی» و «استفاده از اطلاعات یا تأثیر اطلاعات» تمرکز داشت و مشارکت‌کنندگان با بلی یا خیر به این گویه ها پاسخ می‌دادند و برای ارزیابی مؤلفه سوم رفتار اطلاعاتی از پرسشنامه «دلایل جستجوی اطلاعات سلامت» وارنر و پروکاسینو[1] استفاده شد که دارای ۱۳ گویه مشتمل بر ابعاد حفظ سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان و دارو،

1- warner procaccino health information seeking questionnaire

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

تصمیم‌گیری درمانی، کمک به دیگران و موانع کسب اطلاعات بود که آزمودنی ها با بلی یا خیر به آن ها پاسخ می‌دادند. پرسشنامه «دلایل جستجوی اطلاعات» تا به حال در ایران استفاده نشده است بنابراین ابتدا روایی محتوا توسط هشت نفر از متخصصین حوزه سلامت تعیین، سپس پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد، انجام گردید که ضریب همبستگی آن ۰/۸۶ گزارش شد.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در ساعت کاری صبح به درمانگاه بازتوانی بیمارستان فوق تخصصی قلب شهید رجایی تهران مراجعه نموده و پس از ارتباط با مشارکت‌کنندگان هدف از مطالعه را برای آن‌ها توضیح داده و پس از جلب رضایت آگاهانه و کتبی و اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، محل مصاحبه و تکمیل پرسشنامه با نظر مشارکت‌کنندگان و بنا بر احساس راحتی آن‌ها تعیین گردید. جمع‌آوری داده‌ها به صورت انفرادی و در اتاقی مناسب و خلوت در درمانگاه بازتوانی قلب یا محل کار مشارکت‌کنندگان انجام شد. ابتدا مصاحبه ساختارمند به زبان فارسی و با سئوالاتی نظیر «شما در شروع برنامه توانبخشی قلب، از کارکنان کلینیک بازتوانی چه سئوال می پرسیدید؟»، «سعی می کردید چه نوع اطلاعات مرتبط با سلامت قلب را پیدا کنید؟ (اطلاعات مرتبط با عوامل خطر، اطلاعات مرتبط با فعالیت ورزشی و...)»، «شما برای پیدا کردن اطلاعات سلامت بیشتر به چه کسی تکیه می کردید؟ (خانواده، دوستان، همتایان و...)»، «آیا اطلاعاتی که کسب کردید، تاثیری روی سلامت یا تصمیمات درمانی شما داشت؟ چه تاثیری؟» انجام گردید. بعد از اتمام مصاحبه‌های ساختارمند، پرسشنامه «دلایل جستجو اطلاعات» تکمیل می‌گردید. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها و تکمیل پرسشنامه به‌طور متوسط ۳۰ دقیقه بود. کل مدت زمان جمع‌آوری داده‌ها در یک دوره هشت هفته‌ای انجام شد. همچنین اصول اخلاقی در پژوهش نظیر حفظ گمنامی، رازداری، رضایت آگاهانه و اختیار مشارکت‌کنندگان برای ترک مطالعه رعایت گردید. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در مورخه ۱۳۹۱/۳/۳۱ مطرح و با کد ۶۲۹۱ مورد تصویب قرار گرفت.

اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نسخه ۱۷ نرم‌افزاری SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی مطلق و نسبی استفاده گردید. از سویی روند تحلیل بخشی دیگری از سئوالات که بر اساس راهنمای پرسشنامه به آن‌ها پاسخ‌های باز و داستان گونه داده شده بود عبارت بودند از: ۱- ابتدا کیفیت داده ملاحظه شد ۲- تحلیل بعدی روی موضوع تمرکز کرد ۳- اطلاعات طبقه‌بندی شد به طوری که یک سری طبقات و الگوها شناسایی شد و در طبقات منسجم و مرتبط باهم قرار گرفتند ۴- الگوها و ارتباطات درون و بین طبقات شناسایی شد ۵- اطلاعات تفسیر شد (۲۶و۲۵). برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی از معیارهای دقت علمی مانند اعتبار credibility، قابلیت اعتماد dependability، قابلیت انتقال transferability قابلیت تأیید confirmability، گوبا و لینکولن Guba & Lincoln استفاده شد (۲۷). در نهایت داده‌های مربوط به سئوالات باز پاسخ توسط نویسنده اول و دوم به‌طور مستقل مرور، سپس نتایج باهم مقایسه گردید. هر گونه اختلاف نظر در مورد معنا و تفسیر طبقات توسط نویسنده سوم برطرف و حل شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که از ۴۴ بیمار مشارکت‌کننده در مطالعه ۲۶ نفر (۵۹٪) مرد با میانگین سنی ۷/۸± ۵۸ سال، ۳۲ نفر(۷۳٪) متأهل، ۳۴ نفر (۷۷٪) دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی، ۱۶ نفر (۳۶٪) تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر، کمترین و بیش‌ترین زمان تشخیص بیماری دو ماه و ۲۸ سال بوده و کمترین و بیش‌ترین مدت زمان شرکت در برنامه توانبخشی قلب به ترتیب ۲ هفته و ۴ سال بود (جدول ۱).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ۱: مشخصات فردی و بالینی مشارکت‌کنندگان

مشخصات فردی و بالینی مشارکت‌کنندگان	متغیر	میانگین و انحراف معیار	دامنه
تعداد بیماران قلبی عروقی: ۴۴	سن (میانگین)	۷/۸± ۵۸ سال	۷۶-۲۴ سال
	جنس	۲۶ مرد (۵۹٪)	
	تعداد (درصد)	۱۸ زن (۴۱٪)	
	وضعیت تأهل	۳۲ متأهل (۷۳٪)	
	تعداد (درصد)	۶ همسر فوت‌شده (۱۳٪)	
		۴ مجرد (۹٪)	
		۲ همسر جداشده (۵٪)	
	تحصیلات	۲۰ دانشگاهی (۴۵٪)	
	تعداد (درصد)	۱۴ دیپلم (۳۲٪)	
		۱۰ از بی‌سواد تا کمتر از دیپلم (۲۳٪)	
	مدت زمان تشخیص بیماری (میانگین)	۹ سال	۲ ماه تا ۲۸ سال
	مدت زمان شرکت در برنامه توانبخشی (میانگین)	۱ سال	۲ هفته تا ۴ سال
	نوع بیماری قلبی عروقی	۱۶ جراحی پیوند عروق کرونر (۳۶٪)	
	تعداد (درصد)	۹ جراحی دریچه قلب (۲۱٪)	
		۸ نارسایی قلبی (۱۸٪)	
		۷ سکته قلبی (۱۶٪)	
		۴ آریتمی قلبی (۹٪)	

یافته‌های مربوط به مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی (نیاز به انواع اطلاعات قلبی، دلایل جستجوی اطلاعات سلامت و استفاده از اطلاعات سلامت) به شرح ذیل می‌باشد:

الف- نیاز به انواع اطلاعات قلبی: بر اساس مصاحبه ساختارمند، اولین مؤلفه رفتار اطلاعاتی، تعیین نیاز به انواع اطلاعات قلبی در برنامه توانبخشی بود. در مصاحبه‌ها مشخص شد بیمارانی که دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی در خانواده بوده و یا دارای تاریخچه‌ای از بیماری‌هایی که منجر به بیماری قلبی می‌شوند (نظیر دیابت)، بیشتر در جستجوی اطلاعات سلامت برآمدند. آن‌ها در طی جلسات توانبخشی قلبی یا زندگی با بیماری نیاز به اطلاعات مرتبط با کنترل عوامل خطر یا دوری از این عوامل را ذکر نمودند. به‌عنوان‌مثال برخی از مشارکت‌کنندگان در مورد خطرناک بودن امواج رادیویی/ماهواره‌ای و رنگ‌های شیمیایی/ صنعتی و همچنین تأثیر ورزش‌هایی نظیر اسب‌سواری و تنیس بر روی سلامت قلب نگران بوده و نیاز به اطلاعات بیشتر را در این زمینه‌ها را ذکر می‌کردند؛ اما شش نفر از مشارکت‌کنندگان از جستجوی اطلاعات اجتناب می‌کردند. آن‌ها عواملی نظیر عدم دسترسی به پزشک معالج، دوری از تنش و اخبار منفی و حفظ نرمالیتی در زندگی شخصی را از دلایل خود برای اجتناب از کسب اطلاعات ذکر کردند. البته این دسته از بیماران برخی مواقع با مشاهده عوارض جراحی یا مرگ در همتایان به جستجوی اطلاعات می‌پرداختند.

وقتی از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد که آن ها چه نوع اطلاعاتی را جستجو کرده‌اند، به‌طور مکرر انواع اطلاعات موردنیاز خود را در ده حوزه عنوان نمودند که این موارد شامل: علت و عوامل خطر، دارو، رژیم غذایی/انتخاب غذای سالم، ورزش/فعالیت فیزیکی، علت یا عوامل خطر، اورژانس/ایمنی، داروها، فعالیت روزمره (نقش اجتماعی، جنسی...)، تشخیص و علائم فعالیت، طب مکمل/طب اسلامی، عوامل روان‌شناختی/تنش و پیشرفت‌های جدید در درمان/توانبخشی قلب بود را ذکر نمودند که در این میان نیاز به اطلاعات تغذیه (با ۱۰۰٪ فراوانی) و ورزش/فعالیت فیزیکی (۹۷٪) دارای بیش‌ترین فراوانی و نیاز به اطلاعات طب نوین و

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

پیشرفت در توانبخشی دارای کمترین فراوانی (۲۲٪) بود (جدول ۲). علاوه بر این مشارکت‌کنندگان موارد دیگری را به عنوان اطلاعات موردنیاز خود ذکر کردند. به عنوان مثال یکی از آن‌ها می‌خواست بداند آیا با بیماری قلبی می‌تواند بچه‌دار شود؟ سیر بیماری چگونه است؟ و یا یکی دیگر از آن ها بیان کرد آیا می‌تواند با کنترل عوامل ارثی از بروز بیماری قلبی در خانواده خویش پیشگیری کند؟

جدول شماره ۲: فراوانی انواع اطلاعات موردنیاز بیماران قلبی عروقی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی

نوع اطلاعات موردنیاز	تعداد	فراوانی نسبی
رژیم غذایی/انتخاب غذای سالم	۴۴	٪۱۰۰
ورزش/فعالیت فیزیکی	۴۳	٪۹۷
علت یا عوامل خطر	۴۱	٪۹۳
اورژانس/ایمنی	۴۰	٪۹۰
داروها	۳۷	٪۸۴
فعالیت روزمره (نقش اجتماعی، جنسی...)	۲۸	٪۶۳
تشخیص و علائم	۱۸	٪۴۰
طب مکمل/طب اسلامی	۱۴	٪۳۱
عوامل روان‌شناختی/تنش	۱۲	٪۲۷
پیشرفت‌های جدید در درمان/توان‌بخشی	۱۰	٪۲۲

نتایج نشان داد که اغلب بیماران در مراحل اولیه توانبخشی نیاز به اطلاعات تشخیصی درمانی و تغذیه‌ای داشته و با گذشت زمان نیاز به اطلاعات ایمنی/اورژانس، کار/ فعالیت اجتماعی و فعالیت فیزیکی را بیشتر احساس می‌کنند به طوری که برخی از آن‌ها ذکر می‌کردند که در منزل نیاز به اطلاعات کاربردی برای خود مراقبتی به ویژه در شرایط اورژانس نظیر کنترل علائم فشارخون و خونریزی دارند.

ب- دلایل جستجوی اطلاعات سلامت: بیماران دلایل مختلفی برای جستجوی اطلاعات سلامت ذکر کردند. بسیاری از آن‌ها معتقد بودند که سلامت نعمت و سرمایه زندگی آن‌ها است لذا برای حفظ این ارزش، از طریق کسب اطلاعات سعی می‌کردند تا سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خویش را حفظ و ارتقاء دهند. برخی دیگر از بیماران عدم پاسخگویی کارکنان سلامت به سئوالات آن‌ها، نیاز به تصمیم‌گیری درمانی، کمک به خانواده و همتایان، حفظ شرایط طبیعی در زندگی خانوادگی و حرفه‌ای و همچنین شفاف نبودن اطلاعات فراهم‌شده توسط کارکنان و اینترنت را از دلایل اصلی خود برای جستجوی اطلاعات سلامت ذکر کردند. در بین سیزده مورد از دلایل و انگیزه‌هایی که برای جستجوی اطلاعات فهرست شده بود، بیش‌ترین فراوانی مربوط به پیدا کردن دانش و مهارت رفتار ارتقاء سلامت بود به طوری که چگونگی تبعیت از رژیم درمانی و غذایی و پیدا کردن داروها و غذاهای سالم از انگیزه‌های مهم برای جستجوی اطلاعات در مشارکت‌کنندگان بود؛ و کمترین فراوانی دلیل جستجوی اطلاعات مربوط به تأخیر و درنگ در جستجوی اطلاعات از کارکنان سلامت و منابع اطلاعاتی پیشنهادشده توسط کارکنان سلامت بود (جدول ۳). وقتی از بیماران پرسیده شد که آیا آن ها دارای دلایل دیگری غیر از موارد ذکرشده برای جستجوی اطلاعات بوده‌اند؟ آن‌ها به دلایل مهم دیگری از جمله ارتقاء و حفظ کیفیت زندگی را بیان کردند. از دیدگاه این دو مشارکت‌کننده، مولد بودن در زندگی و تلاش برای از بین بردن عوامل مزاحم آسایش و رفاه زندگی از دلایل اصلی برای جستجوی اطلاعات بود. مشارکت‌کننده دیگری به دلیل ترس از بروز خطاهای پزشکی به ویژه خطاهای دارویی توسط پزشکان و پرستاران به جستجوی اطلاعات دارویی پرداخته بود.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ۳: فراوانی دلایل یا عوامل محرک جستجوی اطلاعات سلامت در بیماران قلبی عروقی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی

دلایل جستجوی اطلاعات سلامت	تعداد	فراوانی نسبی
به منظور ارتقاء رفتارهای بهداشتی	۴۳	٪۹۷
نیاز به تصمیم‌گیری در مورد داروها	۴۲	٪۹۵
علائم خاص و جدید	۴۲	٪۹۵
پیشگیری از بروز مجدد بیماری	۳۹	٪۸۸
تصمیم‌گیری در مورد درمان طبی	۳۲	٪۷۲
پیش آگهی بیماری	۲۷	٪۶۱
نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد موقعیت خویش	۲۵	٪۵۶
شفاف نبودن اطلاعات ارائه‌شده توسط کارکنان سلامت	۲۵	٪۵۶
ارائه اطلاعات به افراد دیگر	۲۲	٪۵۰
تکمیل اطلاعات ارائه‌شده توسط کارکنان سلامت	۲۱	٪۴۷
نداشتن وقت کافی برای پرسیدن سئوالات بیشتر از کارکنان سلامت	۲۰	٪۴۵
منابع خاص پیشنهادشده توسط کارکنان سلامت	۱۹	٪۴۳
درنگ کردن در پرسیدن سئوالات بیشتر از کارکنان سلامت	۱۴	٪۳۱

ج- استفاده از اطلاعات سلامت: وقتی از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد که آن‌ها از اطلاعات کسب‌شده چگونه استفاده کرده‌اند و یا این اطلاعات چه تأثیراتی بر روی سبک زندگی و تصمیمات مراقبتی آن‌ها داشته است؟ بیشتر آن‌ها (٪۷۲) گزارش کردند که این اطلاعات علاوه بر افزایش دانش و مهارت خود مراقبتی، شیوه زندگی آن‌ها را نیز تغییر داده است به طوری که سعی می‌کردند خود را از عوامل خطرزای بیماری نظیر هیپرکلسترومی و مصرف سیگار دور کنند. کسب اطلاعات باعث شده بود آن‌ها مصرف کربوهیدرات‌ها و غذاهای پرچرب و پرکالری را نیز کاهش دهند؛ همچنین برخی از آن ها فعالیت‌های ورزشی منظمی نظیر پیاده‌روی را در برنامه روزانه خود گنجانده بودند. آن‌ها بر اساس درک به دست آمده از هر یک از عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی، تلاش خود را برای کنترل همان عامل خطرزا شروع می‌کردند. به عنوان مثال بیمارانی که علت بیماری خود را گرفتگی عروق کرونر به دلیل تغذیه ناسالم درک کرده بودند سعی می‌کردند بعد از جستجوی اطلاعات، از رژیم غذایی سالم تبعیت کنند. همچنین ٪۷۰ آن ها گزارش کردند که اطلاعات کسب شده را با سایر همتایان و بستگان خویش مبادله کرده‌اند. آن‌ها فعالیت ورزشی گروهی در محیط درمانگاه توانبخشی را از شرایط مؤثر در تبادل اطلاعات خود با همتایان می‌دانستند، البته برخی مواقع این تبادل اطلاعات بین همتایان، پیامدهای منفی نظیر آسیب‌های جسمی و روانی را به دنبال داشته است که عدم صحت اطلاعات مبادله شده و منحصربه‌فرد بودن موقعیت هر بیمار از دلایل اصلی بروز این آسیب ها بوده است. فقط ٪۳۸ مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که کسب اطلاعات و دانش منجر به مشارکت آن‌ها در تصمیمات درمانی به ویژه تصمیمات دارویی و جراحی شده است. آن‌ها با پزشکان معالج خود وارد بحث می‌شدند و بر اساس ترجیحات خویش، گزینه درمانی یا مراقبتی را انتخاب می‌کردند؛ اما کمترین فراوانی (٪۲۵) در استفاده از دانش مرتبط به طب مکمل/اسلامی گزارش شد. برخی از مشارکت‌کنندگان عدم دسترسی به درمانگران سنتی و دانش ناکافی پرستاران و پزشکان از موضوعات طب مکمل/اسلامی را از دلایل خود برای عدم کسب اطلاعات مرتبط با این حوزه‌ها و عدم به‌کارگیری این‌گونه اطلاعات می‌دانستند (جدول ۴).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ٤: فراوانی استفاده از اطلاعات در بیماران قلبی عروقی شرکت‌کننده در برنامه توان‌بخشی

حوزه‌های استفاده از اطلاعات	تعداد	فراوانی نسبی
آگاه شدن از عوامل خطر و سعی در کنترل این عوامل	۳۲	٪۷۲
تبادل اطلاعات با همتایان/دیگران	۳۱	٪۷۰
مطلع شدن در مورد انتخاب غذا و رژیم غذایی سالم همراه با تغییر رفتار	۲۷	٪۶۱
افزایش دانش در مورد فعالیت ورزشی و تغییر رفتار	۲۳	٪۵۲
افزایش اطلاعات دارویی	۲۱	٪۴۷
مشارکت در تصمیمات درمانی	۱۷	٪۳۸
افزایش اطلاعات بیماری (تشخیص، سبب‌شناسی و کنترل علائم)	۱۶	٪۳۶
افزایش اطلاعات طب مکمل/اسلامی و کاربرد در خود مراقبتی	۱۱	٪۲۵

بحث

در مطالعه کنونی که با هدف بررسی مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی طی مرحله سوم توانبخشی انجام گردید؛ سه مؤلفه رفتار اطلاعاتی شامل نیاز به انواع اطلاعات، دلایل جستجوی اطلاعات سلامت و استفاده از اطلاعات سلامت در برنامه توانبخشی شناسایی شد. بیش‌ترین نیازهای اطلاعاتی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه کنونی نیاز به اطلاعات تغذیه، فعالیت فیزیکی/ورزش، ایمنی/اورژانس و دارویی بود. نتایج مطالعه Anwar نشان داد که بیماران قلبی عروقی علی‌رغم اینکه اهمیت دریافت رژیم غذایی کم چرب را درک کرده بودند اما به علت مواجه‌شدن با اطلاعات متناقض از شیوه تغذیه خویش اطمینان نداشتند (۴). در مطالعه‌ای در آمریکا نیاز به اطلاعات تغذیه و تحرک به ترتیب در ۹۱٪ و ۸۲٪ بیماران قلبی گزارش شد (۲۸). همچنین مطالعه دیگری نشان داد که اغلب بیماران قلبی عروقی اطلاعات کافی در زمینه تعدیل عوامل خطرزای سبک زندگی ندارند لذا در مرور متون بر فراهم کردن اطلاعات صحیح تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی برای بیماران قلبی عروقی به ویژه در گروه‌هایی با سطوح پایین اقتصادی- اجتماعی تاکید شده است (۲۹،۴).

برخی از مشارکت‌کنندگان در مطالعه کنونی تلاش بیشتری را برای جستجوی اطلاعات به ویژه اطلاعات کاربردی انجام می‌دادند. در مطالعه دیگری مشخص شد بیماران قلبی عروقی در مرحله سوم توانبخشی که از سلامت باثبات‌تری برخوردار هستند، برای برگشت به زندگی عادی و چگونگی مدیریت سلامت خود، در جستجوی اطلاعات عملی و فردی متناسب با شرایط اجتماعی اقتصادی از پرستاران متخصص هستند (۴). یافته‌های این مطالعات نشانگر رفتار اطلاعاتی متغیر و متأثر از زمان، شرایط اجتماعی اقتصادی و وضعیت سلامت فرد است و بیماران ضمن درک نیازهای اطلاعاتی خود، به تلاش مستمر خود برای مدیریت طولانی مدت زندگی با بیماری قلبی ادامه می‌دهند. هر چند در مطالعه کنونی نیاز به اطلاعات مرتبط با پیشرفت‌های توانبخشی قلب و طب سنتی و اسلامی کمتر ذکر شد اما نباید اهمیت این‌گونه نیازها را نادیده گرفت که در این راستا نظام سلامت و سایر سازمان‌ها نظیر صدا و سیما ضمن توجه به باورها و اعتقادات فرهنگی/مذهبی بیماران، می‌توانند شرایط دسترسی و اطلاع‌رسانی در خصوص منابع مطمئن طب سنتی/اسلامی، معرفی مراکز توانبخشی و پیشرفت‌های صورت گرفته در حوزه درمان و توانبخشی قلب را فراهم کنند. در سایر مطالعات نیز این‌گونه نیازها توسط بیماران قلبی عروقی درک شده است به طوری که در مطالعه‌ای مشخص شد که بیماران در جستجوی اطلاعات مرتبط با داروهای قلبی، طب چینی و پزشکی غربی می‌باشند (۲۹،۳۰). بسیاری از محققین برای رفع نیازهای اطلاعاتی بیماران به نقش کتابدارها و کارشناسان اسناد و مدارک پزشکی اشاره‌کرده‌اند. این افراد در مشارکت با پرستاران و پزشکان می‌توانند منابع مفیدی برای تجویز و معرفی اطلاعات سلامت و شواهد پزشکی در حوزه‌های مراقبت، طب نوین و سنتی به بیماران باشند (۳۱).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

درخواست اطلاعات برای رفتار ارتقاء سلامت و نیاز به تصمیم‌گیری در مورد داروها، درخواست اطلاعات برای علائم خاص بیماری و پیشگیری همچنین درخواست اطلاعات در خصوص پیش آگهی بیماری و موقعیت فردی بیش‌ترین دلایل بیماران برای جستجوی اطلاعات سلامت ذکر شد. در سایر مطالعات نیز ذکرشده است که بیماران قلبی برای تسکین علائم و انتخاب درمان در جستجوی طب سنتی و مکمل و فرآورده‌های دارویی هستند (۲۵،۲۶،۲۸،۳۱). همان‌طور که نتایج این مطالعه و سایر مطالعات نشان می‌دهد، بسیاری از انگیزه‌های جستجوی اطلاعات، به دلیل مواجهه با موقعیت تهدیدآمیز سلامت است. چرا که حادث شدن بیماری قلبی یا تغییر در تمامیت زندگی فرد منجر به مسئولیت‌های جدید، تعهدات و نقش‌های جدید می‌شود. لذا کسب اطلاعات به ویژه اطلاعات فردی با هدفِ گذار از دوره بیماری، تعدیل و پذیرش بیماری، پیش‌بینی آینده سالم و آمادگی برای پذیرش نقش‌های جدید جهت حفظ سلامت شروع می‌شود (۳۲). در مطالعه Chauhdry و Meer هم ذکرشده که ۸۴٪ بیماران قلبی خواستار اطلاعات بیشتری در مورد موقعیت خویش بودند و اگر بیماران اطلاعات مرتبط با موقعیت فردی در کتابچه‌ها و مجلات پزشکی پیدا نمی‌کردند، انگیزه‌ای برای خواندن این‌گونه مطالب نوشتاری نداشتند. همچنین در سایر مطالعات هم‌راستا با مطالعه کنونی، نیاز به تصمیم‌گیری درمانی به عنوان محرک مهمی برای جستجوی اطلاعات مطرح شده است (۵). این یافته‌ها می‌تواند مطرح کننده تضاد و ابهام در تصمیم‌گیری برای بیماران قلبی باشد. Janis و Mann برای حل تضاد در تصمیم‌گیری و انتخاب گزینه مناسب، توجه به سه معیار شامل وزن دادن به پیامدهای مثبت و منفی هر انتخاب، جستجوی هوشیارانه اطلاعات مرتبط با گزینه‌ها و تدارک جزئیات برای اجرای گزینه انتخابی را توصیه می‌کنند (۳۳).

کیفیت ارتباط بیمار و کارکنان سلامت، رفتارهای اطلاعاتی را متأثر می‌سازد و جایی که بیماران دسترسی راحت‌تری به پزشک معالج خود نداشته باشند و یا به مهارت و تخصص کارکنان سلامت اعتماد نکنند، انگیزه جستجوی اطلاعات از سایر منابع برانگیخته می‌شود (۴). در مطالعه حاضر شفاف نبودن ارتباط اطلاعاتی بین بیمار و کارکنان و همچنین تأخیر در جستجوی اطلاعات از کارکنان از دلایل جستجوی اطلاعات از سایر منابع نظیر همتایان ذکر شد. در مطالعه وی Wei حدود ۴۰٪ از بزرگسالانی که سواد سلامت کافی نداشتند، تأخیر در جستجوی اطلاعات از کارکنان را به عنوان دلیل جستجوی اطلاعات سلامت بر خط (آنلاین) ذکر کردند (۲۴). Keally و Berkman نابرابری‌های سلامت نظیر تفاوت در توسعه سواد سلامت را از دلایل شکاف دانش و جستجوی اطلاعات بیان کرده‌اند (۲۲). نتایج یک مطالعه کیفی نیز نشان داد که عدم رضایت از ارائه اطلاعات توسط کارکنان همچنین اجتناب از کارکنانی که تنش زا هستند و در ارتباط با بیمار، خشن و ناآرام برخورد می‌کنند، محرک اصلی جستجوی اطلاعات از همتایان و اینترنت می‌باشد (۲۴). در مطالعه‌ای دیگر جستجوی عقیده دوم برای تأیید و اطمینان از تشخیص پزشک معالج، به عنوان دلیل جستجوی اطلاعات از پزشک غیر معالج مطرح شده است (۵). سایر متون دلایل جستجوی اطلاعات را کسب زندگی سالم، غلبه بر تنش‌ها، حمایت طلبی و خود حفاظتی ذکر کرده‌اند. این دلایل هر چند در مطالعه کنونی به عنوان مفهوم شناسایی نشدند ولی در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که انگیزه‌های جستجوی اطلاعات با نیازهای اطلاعاتی، شکاف دانش و نیازهای پایه زندگی مرتبط است لذا جستجوی اطلاعات را نباید جدا از نیازهای عاطفی، جسمی و روانی دید و کارکنان سلامت با درک این‌گونه انگیزه‌ها و ترجیحات، مداخلاتی با هدف حمایت کل نگر از بیماران قلبی عروقی و خانواده‌هایشان در جهت جستجوی مستقل دانش پزشکی و تبعیت از این دانش طراحی کنند (۲۰،۲۳،۲۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش‌ترین میزان استفاده از اطلاعات در زمینه کنترل عوامل خطر، تبادل اطلاعات با همتایان و تغییر رفتار سلامت بوده است. در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که بیماران قلبی بعد از کسب اطلاعات با اینکه تلاش خود را برای

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

پایش فشارخون، کنترل کلسترول خون و توزین روزانه در منزل انجام می‌دهند اما در خصوص چگونگی خود مدیریتی مهارت لازم را ندارند و همیشه قادر به تبعیت صحیح از دانش اکتسابی نیستند (۴). برخی دیگر از محققین مطرح کرده‌اند که نتیجه جستجوی اطلاعات می‌تواند خلق دانش به صورت پنهان و آشکار باشد اما برای کاربرد این‌گونه دانش در عمل نیاز به حمایت اجتماعی و حمایت متخصصین بالینی نظیر پرستاران باشد. پرستاران با مجهز بودن به دانش و مهارت تخصصی در زمینه مراقبت و ارتباط درمانی می‌توانند بیماران قلبی را در مراحل توانبخشی و مدیریت طولانی مدت سلامت کمک نمایند (۲۰،۲۶). از سویی نقش شبکه‌های اجتماعی، خانواده‌ها و همتایان به دلیل نزدیکی فرهنگی، زبان مشترک و حمایت عاطفی نباید نادیده گرفته شود (۲۳).

یافته‌ها نشان داد که بیماران همیشه قادر به استفاده از اطلاعات سلامتی نیستند به طوری که در مورد اطلاعات طب مکمل و اسلامی کمترین میزان استفاده را گزارش کردند؛ در مطالعه Davis مشخص شد که بیماران قلبی در ابتدا به شواهد علمی مرتبط با اثربخشی اطلاعات داروهای گیاهی توجه نداشتند اما با دریافت اطلاعات مرتبط با برخی از عوارض منفی و تأثیر بر روی حمله قلبی، از مصرف داروهای گیاهی اجتناب می‌کردند (۴). استفاده ناکافی از اطلاعات می‌تواند به دلیل درک عدم قطعیت و کسب ناکافی دانش در زمینه‌های خود مراقبتی باشد. قرار گرفتن در موقعیت عدم قطعیت مانع از جستجوی درمان و سازگاری مؤثر می‌شود (۳۴). کسب اطلاعات صحیح و کافی می‌تواند پیامدهایی مانند توانمندسازی را به دنبال داشته باشد. با رسیدن به توانمندسازی، می‌توان راهی برای ایجاد تعادل قدرت بین ساختار هرمی نظام‌های سلامت و نقش فعال و محوری بیمار قلبی در خود مراقبتی و مشارکت در تصمیم‌گیری ایجاد کرد (۳۵).

نتیجه‌گیری نهایی

مطالعه کنونی با بررسی سه مؤلفه رفتار اطلاعاتی شامل نیازها، دلایل و استفاده از اطلاعات در بیماران قلبی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی نشان داد که رفتار اطلاعاتی بر اساس مراحل و سیر بیماری متفاوت است. به طوری که بیش‌ترین نیاز اطلاعاتی بیماران قلبی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی، نیازهای مرتبط با عوامل خطر، تغذیه و ورزش می‌باشد. از سویی نیاز به اطلاعات کاربردی برای موارد ایمنی/اورژانس اهمیت خاصی داشت. همچنین ارتقاء سلامت، نیاز به تصمیم‌گیری در مورد داروها و کنترل علائم خاص به عنوان مهم‌ترین انگیزه‌های بیماران برای جستجوی اطلاعات بودند. بیماران بعد از کسب اطلاعات تلاش خود را برای تبعیت عملی از برنامه مراقبتی و تعدیل عوامل خطر انجام می‌دادند اما همیشه موفق به انجام صحیح این‌گونه رفتارهای سلامت نمی‌شدند. لذا صرفاً کسب دانش کافی نمی‌باشد و لازم است کارکنان سلامت به ویژه پرستاران توانبخشی در مشارکت با سایر کارکنان سلامت و همچنین در ارتباط با سایر سازمان‌ها نظیر صدا و سیما، شهرداری‌ها و انجمن‌های خیریه و باملاحظه استقلال و محوریت بیماران قلبی، آن‌ها را در کسب و کاربرد اطلاعات صحیح و معتبر در طی زندگی مداوم با بیماری، یاری کنند.

این مطالعه هر چند به وسیله دو روش جمع آوردی داده بر روی رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی تمرکز داشت اما فقط در یک مرکز توانبخشی و با مشارکت تعداد محدودی از بیماران قلبی عروقی در شهر تهران انجام شد لذا پیشنهاد می‌شود در آینده تحقیقات مشابهی و با رویکردهای کمی و پیمایشی و با مشارکت تعداد بیشتری از بیماران قلبی شرکت‌کننده در برنامه‌های توانبخشی و مراقبین خانوادگی آن ها در سایر مراکز انجام شود. همچنین برای شناخت بهتر ابعاد، معنا و چگونگی رفتار اطلاعاتی و تبادل اطلاعات بین همتایان و همچنین مراقبین خانوادگی پیشنهاد می‌شود تحقیقات تکمیلی با روش کیفی و جمع‌آوری داده با مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار و مشاهده انجام شود. محدودیت دیگر مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه وارنر و پروکاسینو می‌باشد که طراحی و روان‌سنجی آن برای سنجش دلایل جستجوی اطلاعات سلامت

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

متناسب با خصوصیات فرهنگی اجتماعی جامعه و نظام سلامت ایران انجام نشده است. لذا توسعه و طراحی ابزارهای بومی در زمینه تعیین رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی به ویژه تعیین نیازهای اطلاعاتی و دلایل جستجوی اطلاعات طی مراحل سیر بیماری و توانبخشی در مطالعات آینده ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یافته‌های رساله دکتری پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بوده که توسط کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تصویب و مجوز کتبی جهت انجام تحقیق اخذ گردیده است. تیم تحقیق ضروری می‌داند که از کلیه دست اندرکاران دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مسئولین محترم بیمارستان فوق تخصصی قلب شهید رجایی و درمانگاه‌های بازتوانی وابسته به این مرکز و همچنین مشارکنندگان تحقیق که بدون همکاری آن‌ها، انجام این مطالعه ممکن نبود تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1- Jeremy R, Tonkin A, White H, Riddell T, Brieger D, Walsh W, et al. Improving cardiovascular care for indigenous. Heart, Lung and Circulation. 2010; 19(5-6): 344–350.

2- Deaton Ch, Froelicher ES, Wu LH, Ho C, Shishani K, Jaarsma T. The global burden of cardiovascular disease. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2011; 10(2): S5–S13.

3- Zand Parsa AF, Ziai H, Fallahi B. The relationship between cardiovascular risk factors and the site and extent of coronary artery stenosis during angiography. Tehran University Medical Journal. 2010; 63(3):182-7.

4- Anwar Y. Patient knowledge and its role in the management of coronary heart disease. PhD Dissertation. University of cranfield. 2010: 8-180.

5- Chauhdry AS, Meer Z. Information behavior of cardiac patients. Malaysian Journal of Library & Information Science. 2013; 18(3): 57-73.

6- Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. European Journal of Cardiovascular Nursing .2005; 4(1): 37– 44.

7- Andersson EK, Borglin G, Willman A. The experience of younger adult following myocardial infarction. Qualitative Health Research. 2013; 23(6): 762-772.

8- Rostami H, Ghahramanian A, Golchin M. Educational needs of myocardial infarction patients. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2011; 9(3):157-64.

9- Alavi M, Irajpour A, Abedi H, Rabiee K, Karimi M, Sarrafzadegan N. Concept of the quality of the educational services in cardiac rehabilitation. Iranian journal of nursing research. 2011; 6(20): 6-16.

10- Kang Y, Yang I-S, Kim N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. Asian Nursing Research. 2010; 4(1): 45–55.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

11- Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M. Self-Management: Barriers to effective self-management in cardiac patients: The patient's experience. Patient Education and Counseling. 2010; 79(1): 69–76.

12- Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMS health services research. 2010; 10(77):1-9.

13- Rooks R N, Wiltshire JC, Elder K, BeLue R, Gary LC. Health information seeking and use outside of the medical encounter: Is it associated with race and ethnicity?. Social Science & Medicine. 2012; 74(2): 176-184.

14- Meischke H, Eisenberg M, Rowe S, Cagle A. Do older adults use the Internet for information on heart attacks? Results from a survey of seniors in King County, Washington. Heart & Lung. 2005; 34(1): 3-12.

15- Flink LE, Sciacca RR, Bier ML, Rodriguez J, Giardina EG. Women at Risk for Cardiovascular Disease Lack Knowledge of Heart Attack Symptoms. Clinical Cardiology. 2013; 36(3): 133-138.

16- Conley VM. Beyond knowledge deficit to a proposal for information-seeking behaviors. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 1998; 9(4); 129-135.

17- Petty BE. Health information-Seeking behaviors among classically trained singers. Journal of Voice. 2012; 26(3): 330-5.

18- Galarce EM, Ramanadhan Sh, Weeks J, Schneider EC, Gray SW, Viswanath K. Patient Perception, Preference and Participation: Class, race, ethnicity and information needs in posttreatment cancer patients, Patient Education and Counseling .2011; 85(3): 432–439.

19- Cutilli CC. Seeking health information what sources do your patients use? Orthopaedic Nursing. 2010; 29(3):214-219.

20- Song M. Modeling situated health information seeking and use in context: the use of two approaches to grounded theorizing as applied to 81 sense-making methodology derived narrative interviews of health situation facing. PhD Dissertation. School of the Ohio state university, ProQuest Information and Learning Company.2007:1-48.

21- Bergvik S, Wynn R, Sørlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. Patient Education and Counseling. 2008; 70(2): 227–233.

22- Neubeck L, Ascanio R, Bauman A, Briffa T, Clark AM, Freedman B, et al. Planning locally relevant Internet programs for secondary prevention of cardiovascular disease. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2011; 10: 213–220.

23- Souden M, Narrowing the gap: chronic illness information as experienced in every day life and health care context. A dissertation for doctor of philosophy. University of michighan.2011:1-42.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]

24- Wei M-H. The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. Health Education Journal. 2014; 73(4): 423-434.

25- Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. 2nd ed. London: BMJ; 1999.

26- de Melo Ghisi GL, Grace SL, Thomas S, Evans MF, Sawula H, Oh P. Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum. Patient Education and Counseling 2014; 95(1): 143-50.

27- Guba EG, Lincoln YS. Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publication; 1985.

28- Blair J, Volpe M, Aggarwal B. Challenges, Needs, and Experiences of Recently Hospitalized Cardiac Patients and Their Informal Caregivers. Journal of Cardiovascular Nursing. 2013; 29(1): 29-37.

29- White S, Bissell P & Anderson C. Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development J Health Serv Res Policy. 2010; 15:47-53.

30- Greenfield S, Pattison H & Jolly K. Use of complementary and alternative medicine and self-tests by coronary heart disease patients. BMC Complement Altern Med. 2008; 8:47.

31- Zarea Gavgani V, Mahami M. The assessment of information prescription service to patients with heart valve disease; applying user's satisfaction study. Library Philosophy and Practice. 2012; 862:1-18.

32- Davies Howard E. Women's Decisional Conflict, Anxiety and Coping Strategies Following Diagnosis of Fetal Abnormality. Dissertation, PhD. University of Vanderbilt University. 2008:10-80.

33- Otto AR & Love BC. You don't want to know what you're missing: When information about forgone rewards impedes dynamic decision making. Judgment and Decision Making. 2010; 5(1): 1–10.

34- Davis L. Uncertainty as a Precursor to Delay in Seeking Care for Women Experiencing Symptoms of Acute Coronary Syndromes. Dissertation, PhD,University of North Carolina at Chapel Hill. 2011:3-110.

35- Ådahl K. Transparency of Critical Information for Patient Empowerment in eHealth. Blekinge Institute of Technology, SWEDEN. 2007:30-162.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-07]