

## Original Article

### The Effect of Patient-Physician Relationship on Health Information Seeking Behavior of Diabetic Patients

Firoozeh Zare-Farashbandi<sup>1</sup>, Anasik Lalazaryan<sup>2\*</sup>, Alireza Rahimi<sup>3</sup>, Akbar Hassanzadeh<sup>4</sup>

1. Associate Professor, Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Master of Art, Department of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: anasiklalazaryan@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Instructor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 3 Feb 2016    Accepted: 12 Dec 2016

#### Abstract

**Background and Aim:** Information transfer based on real needs of the patients is an important part of the medical services. This study aimed to determine the effect of patient-doctor communication on information seeking behaviors of diabetic patients.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytic study was done on 362 diabetic patients receiving care in governmental medical centers supervised by Deputy of Health in Isfahan province- Iran who were selected using disproportionate stratified random sampling. The data gathering tool was the Lango questionnaire which was localized for Iranian society by researchers in 2012. Data were analyzed using SPSS 20 software.

**Ethical Considerations:** Patients' verbal consent was obtained and they were also assured about confidentiality of the information.

**Findings:** There was a significant difference between information seeking behavior of people who depend on their physicians for gaining information and those who do not in the terms of information retrieval ( $P=0.003$ ). There was also a significant relationship between consulting the physician and three of the four dimensions of information seeking behavior of diabetic patients and also between transfer of medical information to the patient and dimension of information sources in patient information seeking behavior ( $P<0.05$ ). Investigating the relationship between satisfaction about transfer of medical information and information seeking behavior indicated that the only significant difference between satisfied and dissatisfied patients is in the component of gaining information from traditional media ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** The findings indicates on the effect of patient-doctor communication on information seeking behavior of patients. It is recommended physician provides information to the patient that requires identifying the information needs of patients and considering their health information seeking behavior.

**Keywords:** Physician-Patient Relations; Information Seeking Behavior; Diabetes

**Please cite this article as:** Zare-Farashbandi F, Lalazaryan A, Rahimi AR, Hassanzadeh A. The Effect of Patient-Physician Relationship on Health Information Seeking Behavior of Diabetic Patients. *Med Ethics J* 2017; 10(38): 37-50.

## تأثیر رابطه پزشک و بیمار بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی

فیروزه زارع فراشبندی<sup>۱</sup>، آناسیک لاله‌زاریان<sup>۲\*</sup>، علی‌رضا رحیمی<sup>۳</sup>، اکبر حسن‌زاده<sup>۴</sup>

۱. دانشیار، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس ارشد، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: anasiklalazaryan@gmail.com

۳. استادیار، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. مربی، گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** رابطه مطلوب پزشک و بیمار و ارائه هرچه صحیح‌تر خدمات منجر به کنترل و بهبود بیماری می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر رابطه پزشک و بیمار بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است که بر روی ۳۶۲ نفر از بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دولتی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه lango بوده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**ملاحظات اخلاقی:** رضایت آگاهانه شفاهی شرکت‌کنندگان کسب و به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده محرمانه نگاه داشته خواهد شد.

**یافته‌ها:** از دیدگاه بیماران بین رفتار اطلاع‌یابی افرادی که به پزشک خود متکی هستند با افرادی که به پزشک متکی نیستند، در بعد دریافت اطلاعات، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/03$ ). همچنین بین مشورت با پزشک و سه بعد از ابعاد چهارگانه رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی و بین رضایت از انتقال اطلاعات پزشکی به بیمار با بعد منابع اطلاعاتی رفتار اطلاع‌یابی بیماران رابطه معنی‌داری وجود داشت ( $P<0/05$ ). در بررسی رابطه بین رضایت از انتقال اطلاعات پزشکی به بیمار با رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران، تنها بین مؤلفه کسب اطلاعات از رسانه‌های سنتی در افراد راضی و افراد ناراضی از شیوه انتقال اطلاعات از پزشک تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P<0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها حاکی از تأثیر رابطه پزشک و بیمار بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران مورد مطالعه بود، لذا توصیه می‌شود پزشک اطلاعات لازم را در حین مشاوره در اختیار بیماران قرار دهد که این امر مستلزم شناسایی نیازهای اطلاعاتی بیماران و توجه به رفتار اطلاع‌یابی سلامت آنان است.

**واژگان کلیدی:** روابط پزشک - بیمار؛ رفتار اطلاع‌یابی؛ دیابت

## مقدمه

یکی از مشکلات امروز جوامع، بیماری دیابت می‌باشد که به دلایل مختلفی از جمله طول عمر بیشتر و تغییر سبک زندگی افراد افزایش بیشتری نسبت به گذشته داشته است (۱). افراد مبتلا به دیابت معمولاً در خطر بالای عوارض حاد و مزمن این بیماری هستند (۲). تخمین زده شده است که تعداد افراد مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش یابد (۳) و رشد این بیماری معادل ۲۴٪ در سال باشد (۴). تحقیقات نشان داده‌اند که شیوع دیابت در کشور ایران نیز سیر صعودی داشته است (۲، ۵-۸) و اکنون ۷/۸ درصد از جمعیت ۲۵ تا ۶۰ ساله کشور مبتلا به دیابت هستند که نیمی از آنان از بیماری خود مطلع نیستند (۹) و پس از کشف عوارض دیررس آن، از بیماری چندساله خود آگاه می‌شوند (۲، ۵-۸). در سال ۲۰۱۳ آمار بیماران دیابتی ایران ۵۲۱۴۵۵۰ نفر بوده و در حدود ۳۸ هزار مرگ ناشی از دیابت در ایران گزارش شده است (۱۰)، لذا حدود ۱۵ سال است که پیشگیری و کنترل دیابت به طور رسمی جزء اولویت‌های بهداشتی کشور قرار و اهمیت قابل توجهی به آموزش بیمار، افراد در معرض خطر و حتی عامه مردم داده شده است (۱۱).

یکی از مشکلات عمده در کنترل مطلوب بیماری دیابت، عدم پیروی بیماران از دستورالعمل‌های درمانی است که رابطه پزشک و بیمار نقش مهمی در آن دارد (۱۲)؛ اساس این رابطه، مصاحبه پزشک با بیمار است که تشخیص‌ها و تصمیم‌های پزشکی بر مبنای اطلاعات به دست‌آمده از آن شکل می‌گیرد (۱۳-۱۴). رابطه، عبارت از انتقال اطلاعات از فرستنده به گیرنده به گونه‌ای قابل فهم برای طرفین است. امروزه مهارت‌های ارتباطی، جزء جدایی‌ناپذیر فعالیت‌های بالینی پزشکان هستند (۱۲). رابطه پزشک - بیمار بر اساس نیاز بیمار به دریافت خدمات ایجاد می‌شود (۱۵) و تبادل اطلاعات بر اساس نیازهای اطلاعاتی واقعی بیمار، بخش مهمی از این خدمات را تشکیل می‌دهد که باید توسط پزشک و کادر درمانی (فرستنده) به بیمار (گیرنده) منتقل شود (۱۶). ارائه هرچه صحیح‌تر این خدمات منجر به ایجاد رضایت در بیمار می‌شود و رضایت بیمار منجر به پیروی بیشتر او از دستورات و کنترل بهینه بیماری خواهد شد (۱۵، ۱۸-۱۷).

امروزه به علت تغییر ماهیت رابطه پزشک و بیمار، بیماران کمتر از گذشته به پزشک و دستورات او متکی بوده و تمایل بیشتری به مشورت با پزشک و مشارکت در تصمیمات پزشکی و گردآوری اطلاعات از دیگر مجراهای اطلاعاتی پیدا کرده‌اند (۲۰-۱۹). در چنین رابطه‌ای، پزشکان نیز تصمیمات درمانی خود را بر اساس ارزش‌ها و تمایلات بیمار و خانواده وی اتخاذ می‌کنند (۱۶)، لذا درک انتظارات بیمار در حین مشورت با پزشک از اهمیت بسیاری در تشخیص صحیح برخوردار است. بیمار باید با پزشک خود در خصوص نیازهای اطلاعاتی‌اش تبادل نظر و مشورت نماید (۲۳، ۲۰-۱۳)، اما موانعی مانند عدم آگاهی بیمار نسبت به نیاز واقعی خود یا کمبود دانش و اطلاعات وی بر سر راه تبادل نظر و بیان نیازهای اطلاعاتی واقعی بیمار توسط وی وجود دارد (۲۵-۲۴). اغلب بیماران بر این باورند که پزشک بیشتر از آن‌ها می‌داند و از تمامی انتظارات وی آگاه است. بنابراین تنها به توصیه‌های وی قناعت می‌کنند و نیازی به تبادل نظر و مشورت با پزشک احساس نمی‌کنند (۲۶). در حالی که در واقع پزشکان اغلب از انتظارات بیماران خود مطلع نیستند (۲۷)، بیماران نیز ممکن است به علت انتظارات و تصورات غیر واقعی ذهنی به ابراز نیازهای اطلاعاتی واقعی خود نپردازند (۲۸). چنین شرایطی، عدم شناسایی انتظارات و نیازهای اطلاعاتی واقعی بیمار توسط پزشک و تشخیص نادرست یا طولانی‌شدن روند درمان را در پی خواهد داشت، لذا ضروری است نیازهای اطلاعاتی بیماران از طریق بررسی رفتار اطلاع‌یابی سلامت آنان شناسایی شده و در اختیار تیم درمان قرار گیرد.

رفتار جستجوی اطلاعات سلامت بیانگر چگونگی جستجو، یافتن و به کاربردن اطلاعات مرتبط با بیماری‌ها، اطلاعات مربوط به عوامل تهدیدکننده سلامت و فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت توسط یک فرد می‌باشد (۳۰-۲۹). عوامل بسیاری بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران تأثیر می‌گذارد که یکی از آنان ارتباط بین پزشک و بیمار است (۳۱). بیماران مبتلا به دیابت انتظار دارند که پزشک معالج آنان در اتخاذ تصمیمات پزشکی و آموزش‌های لازم برای کنترل دیابت با آنان مشورت کند (۳۲).

آگاهی پزشک از نیازهای اطلاعاتی، شیوه جستجوی اطلاعات و عوامل تأثیرگذار بر رفتار جستجوی اطلاعات سلامت بیماران، می‌تواند در انتقال اطلاعات سریع و دقیق مورد نیاز این افراد مؤثر باشد و منجر به مدیریت بهتری بر بیماری آنان شود. همچنین بر بعدی مهم از این بیماری، یعنی خودمدیریتی، به بیماران کمک نماید (۲۷).

زمانی (۱۳۹۱ ش.) دریافت که بیماران مبتلا به مشکلات قلبی - عروقی آگاهی از اطلاعات مربوط به بیماری خود را مفید دانسته‌اند (۳۳). یاراحمدی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) تأثیر مثبت و کم‌هزینه اطلاع‌درمانی را در کنترل HbA<sub>1c</sub> بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند (۳۴).

Evans و همکاران (۱۳۸۶ ش.) نشان دادند که در صورت وجود اعتماد دوطرفه بین پزشک و بیمار، پزشکان می‌توانند اطلاعات دقیقی را در مورد انواع روش‌های درمانی در اختیار بیماران خود قرار دهند (۳۵). Gray و همکاران (۱۳۸۸ ش.) اهمیت کشف تأثیر بیمار بر الگوهای تجویز پزشک و درک تأثیر جستجوی اطلاعات بر بازده سلامت بیماران سرطانی را نشان دادند (۳۶).

McCaughan و McCenna (۱۳۸۶ ش.) نشان دادند که بیماران سرطانی به منظور سازگاری با بیماری به جستجوی اطلاعات می‌پرداختند و پزشکان با آگاهی از الگوی رفتار اطلاع‌یابی بیماران و درک روحیات آنان در مراحل مختلف بیماری، بهتر می‌توانستند اطلاعات مورد نیاز را در اختیارشان قرار دهند (۳۷).

Miller و همکاران (۱۳۷۳ ش.) نشان دادند که جستجوگران فعال اطلاعات سلامت بیشتر به پزشک خود مراجعه می‌کنند، به او متکی هستند و بیشتر با وی مشورت می‌کنند (۳۸). شفتی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) دریافتند که مشورت دوطرفه در ارتباط بین پزشک و بیمار در بین زنان باردار نسبتاً کم بوده و بیماران دارای تحصیلات بالاتر بیش از سایرین با پزشک خود مشورت می‌کردند (۲۲).

Carvalhode و همکاران (۱۳۹۲ ش.) دریافتند که میزان رضایت از خدمات پزشکی در بیماران مبتلا به دیابت در افراد جوان، مردان و افراد تحصیلکرده بیشتر بود و افراد دارای

موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر، کم‌تر از دستورات پزشک پیروی می‌کنند. در مقایسه با بیماران مسن، جوان‌ترها نیز با پزشک خود در مورد رژیم‌های غذایی و فعالیت‌های ورزشی بیشتر از تجویزات مرتبط با خود - مراقبتی توافق داشتند (۲۷).

روند رو به گسترش دیابت در جهان و کشور (۵، ۷، ۳۹) و اهمیت تأثیر شناسایی نیازهای اطلاعاتی بیماران از طریق بررسی رفتار اطلاع‌یابی آنان بر بهبود رابطه پزشک و بیمار و در نهایت بهبود روند درمان و خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت، محققان را بر آن داشت تا به بررسی تأثیر رابطه پزشک و بیمار بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی بپردازند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر رابطه پزشک و بیمار بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

نوع مطالعه توصیفی - تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل ۶۴۲۶ بیمار دیابتی تحت درمان در ۱۰ مرکز درمانی دولتی (امیر حمزه، شهید رضائیان، حضرت سجاد (ع)، خوراسگان، رهنان، امام علی (ع)، قائدی، ملاصدرا، خدیجه کبری (س)، حاج عباس مهرید لادان) تحت نظارت معاونت درمان استان اصفهان بودند. این مراکز مختص بیماران دیابتی، قلبی - عروقی، زنان و زایمان هستند. برای هر کدام یک از بیماران پرونده‌ای جداگانه تشکیل شده و وزن و قند بیمار پس از هر بار مراجعه بررسی، و پس از آن متخصص تغذیه برنامه‌های رژیم غذایی و ورزشی مربوط به هر بیمار را به آنان می‌دادند. زمان گردآوری داده‌ها از مرداد تا آبان ۱۳۹۲ به مدت چهار ماه بوده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول  $n = \frac{NZ^2(1-P)}{Nd^2 + Z^2p(1-p)}$  و روش تصادفی طبقه‌ای غیر درصدی و با سطح اطمینان ۹۵٪، ۳۶۲ نفر به دست آمد. با استفاده از این روش نمونه‌گیری، هر فرد مراجعه‌کننده به مراکز مورد بررسی (یعنی هر طبقه)، شانس مساوی برای بودن در جامعه آماری را صرف نظر از سن، جنسیت و سایر عوامل فردی داشته است. ابزار گردآوری

### ملاحظات اخلاقی

رضایت آگاهانه شفاهی شرکت‌کنندگان کسب شد و به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین هر کدام یک از آنان حق انصراف از ادامه مشارکت در تحقیق را در هر مرحله دارند.

### یافته‌ها

اکثر شرکت‌کنندگان زن، متأهل، خانه‌دار، دارای تحصیلات زیر دیپلم و درآمد کمتر از یک میلیون تومان بوده و در محدوده سنی ۴۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند. حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۸۲ سال با میانگین ۵۸/۳۷ و انحراف معیار ۱۱/۳۰ بود.

بیشترین تعداد پاسخگویان زن و متأهل بودند. بیشتر پاسخگویان فاقد سابقه خانوادگی دیابت، مبتلا به دیابت نوع دو و کم‌ترین آن‌ها دارای دیابت نوع یک بودند. اغلب پاسخگویان برای درمان قرص‌های خوراکی مصرف می‌کردند و مبتلا به بیماری‌های دیگری همچون بیماری قلبی، کلیوی و فشارخون بودند. همچنین بیشترین مدت زمان تشخیص بیماری ۳۰ سال و کم‌ترین مدت زمان آن یک سال با میانگین ۶/۷۱ و انحراف معیار ۵/۹۳ بود.

بررسی تأثیر اطلاعات سلامت بر وضعیت سلامت بیماران دیابتی مورد مطالعه از دیدگاه آنان نشان داد که افزایش کنترل بر بیماری، سواد سلامت، خودمدیریتی و افزایش رضایت از روند بهبودی بیماری در اثر برخورداری از اطلاعات سلامت دارای بیشترین میانگین و سردرگمی حاصل از اطلاعات پزشکی دارای کم‌ترین میانگین بود (جدول ۱).

داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، زبان، محل سکونت، شغل و درآمد و پرسشنامه برگرفته از پرسشنامه رفتار اطلاع‌یابی بیماران دیابتی lango در سال ۲۰۱۰ بوده است (۳۱). این پرسشنامه دارای ۴ بعد و ۱۰ مؤلفه (۵۳ پرسش دارای طیف لیکرت، ۲۵ پرسش دارای پاسخ بلی خیر و ۷ پرسش گزینه‌ای) می‌باشد و در سال ۱۳۹۱ بومی‌سازی شده است. بدین منظور ابتدا پرسشنامه جهت تعیین روایی صوری و محتوا بین ۵ نفر از متخصصان پزشکی، ۶ نفر از متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی و ۵ نفر از بیماران دیابتی توزیع گردید.

برای روایی صوری سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات مشخص شد. برای روایی محتوایی از پزشکان درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند. همچنین موارد رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سؤالات، قرارگیری و توالی درست سؤالات در جای مناسب را مد نظر قرار دهند، پس از لحاظ اصلاحات، پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای ابعاد رفتار، شناخت و تعامل بین‌فردی در جستجوی اطلاعات (سه مؤلفه رفتار، درک و تعامل بین‌فردی) ۰/۷۹۸، بعد منابع اطلاعاتی (سه مؤلفه کسب اطلاعات از افراد، رسانه‌های سنتی و رسانه‌های جدید) ۰/۷۴۸، بعد دریافت اطلاعات (دو مؤلفه دریافت فعالانه و غیر فعالانه اطلاعات) ۰/۸۹۸ و بعد تأثیر اطلاعات بر بیمار (دو مؤلفه تأثیر اطلاعات سلامت بر بیماری از دیدگاه بیمار و استرس) ۰/۸۴۳ محاسبه شد. در این پرسشنامه میانگین گزینه‌های ۷ و ۹ به علت داشتن جنبه منفی، برخلاف دیگر گزینه‌ها هرچه کمتر باشد، نشان‌دهنده بهبود وضعیت مورد بررسی است. حداکثر نمره پرسشنامه ۲۵۲، حداقل آن صفر و حد وسط آن ۱۲۶ در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های تی مستقل، من ویتنی و کای دو) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد.

**جدول ۱: فراوانی و میانگین دیدگاه بیماران دیابتی مورد مطالعه درباره تأثیر اطلاعات سلامت بر بیماری آنان**

| تأثیر بر بیماری                                                                 | فراوانی | میانگین دیدگاه | بسیار کم | کم   | زیاد | بسیار زیاد | میانگین از ۵ |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|----------|------|------|------------|--------------|
| برخورداری از اطلاعات سلامت موجب افزایش کنترل من بر بیماری ام می شود.            | فراوانی | ۱              | ۰        | ۱۶   | ۲۵۶  | ۸۱         | ۳/۱۷         |
| درصد                                                                            | ۰/۳     | ۰              | ۴/۴      | ۷۳/۰ | ۲۲/۳ |            |              |
| برخورداری از اطلاعات سلامت باعث افزایش سواد سلامت من می شود.                    | فراوانی | ۰              | ۰        | ۱۶   | ۲۷۱  | ۷۶         | ۳/۱۷         |
| درصد                                                                            | ۰       | ۰              | ۴/۴      | ۴۷/۷ | ۲۰/۹ |            |              |
| برخورداری از اطلاعات سلامت موجب افزایش خودمدیریتی بیماری من می شود.             | فراوانی | ۰              | ۱        | ۱۳   | ۲۷۳  | ۷۶         | ۳/۱۷         |
| درصد                                                                            | ۰       | ۰/۳            | ۳/۶      | ۷۵/۲ | ۲۰/۹ |            |              |
| برخورداری از اطلاعات سلامت موجب افزایش رضایت من از روند بهبود بیماری ام می شود. | فراوانی | ۱              | ۰        | ۱۵   | ۲۶۹  | ۷۸         | ۳/۱۷         |
| درصد                                                                            | ۰/۳     | ۰              | ۴/۱      | ۷۴/۱ | ۲۱/۵ |            |              |
| برخورداری از اطلاعات سلامت منجر به بهبود کوتاه مدت وضعیت سلامت من می شود.       | فراوانی | ۱              | ۸        | ۱۲۶  | ۱۶۲  | ۶۶         | ۲/۷۸         |
| درصد                                                                            | ۰/۳     | ۲/۲            | ۳۴/۷     | ۴۴/۶ | ۱۸/۲ |            |              |

|                                                                          |         |     |      |      |      |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|-----|------|------|------|-----|------|
| برخورداری از اطلاعات سلامت منجر به بهبود بلند مدت وضعیت سلامت من می شود. | فراوانی | ۴   | ۲    | ۱۷   | ۲۶۸  | ۷۲  | ۳/۱۱ |
| درصد                                                                     | ۱/۱     | ۰/۶ | ۴/۷  | ۷۳/۸ | ۱۹/۸ |     |      |
| اطلاعات پزشکی دیابت باعث سردرگمی من می شود.                              | فراوانی | ۲۲۲ | ۲۲   | ۴۲   | ۳۵   | ۴۲  | ۱/۰۴ |
| درصد                                                                     | ۶۱/۲    | ۶/۱ | ۱۱/۶ | ۹/۶  | ۱۱/۶ |     |      |
| نداشتن اطلاعات در مورد دیابت باعث ترس و نگرانی من می شود.                | فراوانی | ۴۰  | ۶    | ۲۴   | ۱۷۶  | ۱۱۷ | ۲/۸۹ |
| درصد                                                                     | ۱۱/۰    | ۱/۷ | ۶/۶  | ۴۸/۵ | ۳۲/۲ |     |      |
| داشتن اطلاعات در مورد دیابت باعث ترس و نگرانی من می شود.                 | فراوانی | ۱۳۶ | ۱۸   | ۱۹   | ۱۱۸  | ۷۲  | ۱/۹۲ |
| درصد                                                                     | ۳۷/۵    | ۵/۰ | ۵/۲  | ۳۲/۵ | ۱۹/۸ |     |      |

در بعد دریافت اطلاعات، بین رفتار اطلاع یابی سلامت افرادی که برای دریافت آموزش های پزشکی به پزشک خود متکی هستند و افرادی که برای دریافت این آموزش ها به پزشک خود متکی نیستند، تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P < 0.05$ ). به طوری که میانگین نمره مؤلفه دریافت فعالانه اطلاعات ( $P = 0.034$ ) و مؤلفه دریافت غیر فعالانه اطلاعات ( $P = 0.007$ ) در افراد متکی به پزشک بیشتر از افرادی است بود که به پزشک خود متکی نبودند. بین سایر مؤلفه های رفتار اطلاع یابی در دو گروه مذکور تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ )، (جدول ۲).

## جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف رفتار اطلاع‌یابی سلامت

بیماران دیابتی مورد مطالعه بر حسب متکی بودن به پزشک

| ابعاد رفتار اطلاع‌یابی سلامت                  | مؤلفه‌های رفتار اطلاع‌یابی سلامت | متکی بودن به پزشک برای دریافت آموزش‌های پزشکی مربوط به دیابت |                        | p-value |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|---------|
|                                               |                                  | بله                                                          | خیر                    |         |
|                                               |                                  | انحراف معیار ± میانگین                                       | انحراف معیار ± میانگین |         |
| دریافت اطلاعات                                | دریافت فعالانه اطلاعات           | ± ۴۰/۴۳<br>۱۲/۲۹                                             | ± ۳۷/۷۶<br>۱۱/۵۸       | ۰/۰۳۴   |
|                                               | دریافت غیر فعالانه اطلاعات       | ± ۴۳/۴۰<br>۱۳/۵۴                                             | ± ۳۹/۶۵<br>۱۲/۹۳       | ۰/۰۰۷   |
| منابع اطلاعاتی                                | کسب اطلاعات از افراد             | ± ۲۴/۷۸<br>۱۰/۱۵                                             | ± ۲۳/۵۳<br>۸/۹۹        | ۰/۱۶۲   |
|                                               | کسب اطلاعات از رسانه‌های سنتی    | ± ۱۹/۶۳<br>۱۲/۷۹                                             | ± ۱۸/۵۶<br>۱۲/۸۹       | ۰/۴۳۰   |
|                                               | کسب اطلاعات از رسانه‌های جدید    | ± ۸/۶۷<br>۱۹/۲۷                                              | ± ۷/۲۶<br>۱۸/۱۷        | ۰/۴۷۵   |
| تأثیر اطلاعات بر بیمار                        | تأثیر اطلاعات از دیدگاه بیمار    | ± ۷۳/۲۴<br>۹/۱۵                                              | ± ۷۳/۹۵<br>۱۱/۵۰       | ۰/۵۱۳   |
|                                               | استرس                            | ± ۶۶/۶۲<br>۱۹/۱۴                                             | ± ۶۵/۳۷<br>۲۰/۱۰       | ۰/۵۴۳   |
| رفتار، درک و تعامل بین فردی در جستجوی اطلاعات | رفتار در جستجوی اطلاعات          | ± ۵۲/۱۰<br>۱۰/۳۴                                             | ± ۵۱/۸۲<br>۹/۹۱        | ۰/۷۹۵   |
|                                               | درک در جستجوی اطلاعات            | ± ۵۲/۹۰<br>۱۱/۸۱                                             | ± ۵۱/۵۰<br>۱۲/۱۸       | ۰/۲۶۶   |
|                                               | تعامل بین فردی در جستجوی اطلاعات | ± ۴۵/۴۱<br>۱۳/۳۰                                             | ± ۴۴/۴۶<br>۱۲/۰۷       | ۰/۴۸۱   |

زنان به صورت معنی‌داری بیشتر از مردان برای دریافت آموزش‌های مرتبط با دیابت به پزشک خود متکی بودند ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین افرادی که درآمد آن‌ها کمتر از یک میلیون تومان بودند، بیشتر از افرادی که درآمد آن‌ها بین یک

تا دو میلیون تومان و دو تا سه میلیون تومان بود به آموزش پزشک خود در مورد دیابت متکی بودند ( $P = ۰/۰۰۳$ ). هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین سن و رتبه تحصیلی با متکی بودن به آموزش پزشک در ارتباط با دیابت مشاهده نشد (جدول ۵).

بررسی رابطه بین مشورت با پزشک و رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی نشان داد که بین سه بعد از چهار بعد رفتار اطلاع‌یابی سلامت در افرادی که در مورد اطلاعات کسب شده با پزشک خود مشورت می‌کردند در مقایسه با افرادی که در این مورد با پزشک خود مشورت نمی‌کردند، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < ۰/۰۵$ )، اما بعد تأثیر اطلاعات بر بیمار که شامل دو مؤلفه تأثیر اطلاعات از دیدگاه بیمار و استرس ( $P = ۰/۷۱۰$ ) است، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین از نظر مؤلفه درک در جستجوی اطلاعات در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $P = ۰/۵۴۵$ )، (جدول ۳).

## جدول ۳: ارتباط مشورت با پزشک و رفتار اطلاع‌یابی سلامت

بیماران دیابتی مورد مطالعه

| ابعاد رفتار اطلاع‌یابی سلامت | مؤلفه‌های رفتار اطلاع‌یابی سلامت | مشورت با پزشک در مورد اطلاعات |                        | P-value |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------|
|                              |                                  | بله                           | خیر                    |         |
|                              |                                  | انحراف معیار ± میانگین        | انحراف معیار ± میانگین |         |
| دریافت اطلاعات               | دریافت فعالانه اطلاعات           | ± ۴۳/۰۰<br>۱۳/۲۱              | ± ۳۶/۲۷<br>۱۰/۱۲       | < ۰/۰۰۱ |
|                              | دریافت غیر فعالانه اطلاعات       | ± ۴۵/۸۰<br>۱۴/۴۰              | ± ۳۸/۶۰<br>۱۱/۶۰       | < ۰/۰۰۱ |
| منابع اطلاعاتی               | کسب اطلاعات از افراد             | ± ۲۶/۶۴<br>۹/۸۷               | ± ۲۲/۱۸<br>۹/۰۴        | < ۰/۰۰۱ |
|                              | کسب اطلاعات از رسانه‌های سنتی    | ± ۲۲/۴۴<br>۱۴/۴۹              | ± ۱۶/۶۰<br>۱۰/۷۵       | < ۰/۰۰۱ |
|                              | کسب اطلاعات از رسانه‌های جدید    | ± ۱۱/۶۳<br>۲۲/۴۹              | ± ۵/۲۴<br>۱۴/۷۵        | ۰/۰۰۱   |

پوستر و جزوه) به عنوان منبع اطلاعاتی برای کسب اطلاعات استفاده می‌کنند (جدول ۴).

#### جدول ۴: رابطه رضایت از انتقال اطلاعات پزشکی به بیماران

دیابتی مورد مطالعه با رفتار اطلاع‌یابی سلامت آنان

| p-value | رضایت از شیوه انتقال اطلاعات پزشکی توسط ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی |                       | مؤلفه‌های رفتار اطلاع‌یابی سلامت | ابعاد رفتار اطلاع‌یابی سلامت                  |
|---------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
|         | بله                                                               | خیر                   |                                  |                                               |
|         | انحراف معیار± میانگین                                             | انحراف معیار± میانگین | سلامت                            |                                               |
|         |                                                                   |                       |                                  |                                               |
| ۰/۴۳۱   | ۴۰/۱۴±۱۲/۱۳                                                       | ۳۸/۹۴±۱۲/۰۰           | دریافت فعالانه اطلاعات           | دریافت اطلاعات                                |
| ۰/۸۰۲   | ۴۲/۰۱±۱۲/۷۸                                                       | ۴۱/۵۹±۱۳/۵۶           | دریافت غیر فعالانه اطلاعات       |                                               |
| ۰/۴۷۹   | ۲۴/۸۰±۱۱/۲۱                                                       | ۲۳/۹۳±۹/۱۸            | کسب اطلاعات از افراد             | منابع اطلاعاتی                                |
| ۰/۰۱۴   | ۲۲/۲۵±۱۴/۰۹                                                       | ۱۸/۲۶±۱۲/۳۳           | کسب اطلاعات از رسانه‌های سنتی    |                                               |
| ۰/۴۶۶   | ۹/۳۸±۱۹/۹۴                                                        | ۷/۶۴±۱۸/۴۳            | کسب اطلاعات از رسانه‌های جدید    |                                               |
| ۰/۶۲۸   | ۷۴/۰۶±۱۱/۱۵                                                       | ۷۳/۴۳±۱۰/۰۴           | تأثیر اطلاعات از دیدگاه بیمار    | تأثیر اطلاعات بر بیمار                        |
| ۰/۰۸۴   | ۶۲/۷۱±۱۹/۲۶                                                       | ۶۷/۰۰±۱۹/۵۵           | استرس                            |                                               |
| ۰/۵۹۰   | ۵۱/۴۳±۱۰/۴۳                                                       | ۵۲/۱۲±۱۰/۰۶           | رفتار در جستجوی اطلاعات          | رفتار، درک و تعامل بین‌فردی در جستجوی اطلاعات |
| ۰/۳۵۲   | ۵۳/۳۶±۱۰/۵۲                                                       | ۵۱/۹۴±۱۲/۳۷           | درک در جستجوی اطلاعات            |                                               |
| ۰/۱۵۸   | ۴۶/۷۵±۱۵/۰۸                                                       | ۴۴/۴۷±۱۱/۹۹           | تعامل بین-فردی در جستجوی اطلاعات |                                               |

|                                  |                   |                   |        |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| تأثیر اطلاعات از دیدگاه بیمار    | ۷۴/۴۷ $\pm$ ۱۰/۰۸ | ۷۲/۸۷ $\pm$ ۱۰/۴۱ | ۰/۱۴۲  |
| استرس                            | ۶۵/۶۱ $\pm$ ۱۹/۳۸ | ۶۶/۳۸ $\pm$ ۱۹/۷۱ | ۰/۷۱۰  |
| رفتار در جستجوی اطلاعات          | ۵۴/۹۳ $\pm$ ۱۰/۰۵ | ۴۹/۶۹ $\pm$ ۹/۶۱  | <۰/۰۰۱ |
| درک در جستجوی اطلاعات            | ۵۲/۶۹ $\pm$ ۱۱/۸۱ | ۵۱/۹۲ $\pm$ ۱۲/۱۴ | ۰/۵۴۵  |
| تعامل بین فردی در جستجوی اطلاعات | ۴۷/۲۲ $\pm$ ۱۳/۷۱ | ۴۳/۲۴ $\pm$ ۱۱/۶۹ | ۰/۰۰۳  |

بررسی رابطه مشورت با پزشک با جنسیت، سن، تحصیلات بیماران دیابتی نشان داد که زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان در مورد اطلاعاتی که به دست می‌آورند با پزشک خود صحبت می‌کنند ( $P=۰/۰۴$ ). همچنین افرادی که کم‌تر یا مساوی ۴۰ سال سن دارند، به صورت معنی‌داری بیشتر از دو گروه سنی دیگر در مورد اطلاعات کسب‌شده خود با پزشک صحبت می‌کنند ( $P<۰/۰۰۱$ ). افرادی که دارای سطح تحصیلات بالاتر بودند (لیسانس، فوق لیسانس و فوق دیپلم) به صورت معنی‌داری بیشتر از افرادی که دارای سطح تحصیلات پایین‌تر بودند (دیپلم و زیر دیپلم) در مورد اطلاعاتی که به دست می‌آورند با پزشک خود صحبت می‌کردند ( $P<۰/۰۰۱$ ). هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین میزان درآمد و مشورت با پزشک مشاهده نشد ( $P=۰/۸۳۹$ )، (جدول ۵).

بررسی رابطه بین رضایت از انتقال اطلاعات پزشکی به بیمار با رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران دیابتی نشان داد که تنها بین مؤلفه کسب اطلاعات از رسانه‌های سنتی در افراد راضی از شیوه انتقال اطلاعات از پزشک به خود و افراد ناراضی از شیوه انتقال اطلاعات از پزشک به خود تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P<۰/۰۵$ ). به نحوی که بیمارانی که از شیوه انتقال اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی به خود رضایت ندارند، بیشتر از رسانه‌های سنتی (رادیو، تلویزیون، اخبار، مجلات پزشکی، مجلات عامه‌پسند، روزنامه، کتاب، بروشور،



بررسی رابطه میان رضایت بیماران از شیوه انتقال اطلاعات سلامت توسط پزشک با جنسیت، سن، تحصیلات و درآمد بیماران دیابتی مورد بررسی نشان داد که افرادی که بیش از ۶۰ سال سن داشتند، به صورت معنی‌داری بیشتر از دو گروه سنی دیگر (بین ۴۱ تا ۶۰ سال، بیشتر از ۶۰ سال) از شیوه انتقال اطلاعات توسط پزشک رضایت داشتند ( $P=0/018$ ). هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین رضایت از شیوه انتقال اطلاعات توسط پزشک به بیمار با سن ( $P=0/762$ )، رتبه تحصیلی ( $P=0/237$ ) و درآمد ( $P=0/278$ ) مشاهده نشد (جدول ۵).

#### جدول ۵: رابطه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مورد

بررسی با سه بعد (رضایت از شیوه انتقال اطلاعات سلامت،

مشورت با پزشک، و متکی بودن به آموزش پزشک)

| متغیر                              |                              | بله<br>(درصد) | خیر<br>(درصد) | P- value |
|------------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|----------|
| رضایت از شیوه انتقال اطلاعات سلامت | جنسیت                        | مرد           | ۷۸/۴          | ۲۱/۶     |
|                                    | زن                           | ۷۶/۰          | ۲۳/۱          | ۰/۷۶۲    |
| سن                                 | ۴۰ سال و کمتر                | ۶۰/۹          | ۳۹/۱          | ۰/۰۱۸    |
|                                    | بین ۴۱ تا ۶۰ سال             | ۷۶/۳          | ۲۳/۷          |          |
|                                    | بیشتر از ۶۰ سال              | ۸۲/۹          | ۱۷/۱          |          |
| رتبه تحصیلی                        | زیر دیپلم                    | ۷۸/۹          | ۲۱/۱          | ۰/۲۳۷    |
|                                    | دیپلم                        | ۷۱/۱          | ۲۸/۹          |          |
|                                    | فوق دیپلم                    | ۸۰/۰          | ۲۰/۰          |          |
|                                    | لیسانس                       | ۸۳/۳          | ۱۶/۷          |          |
|                                    | فوق لیسانس                   | ۰             | ۱۰۰           |          |
| درآمد                              | کم‌تر از یک میلیون تومان     | ۷۹/۴          | ۲۰/۶          | ۰/۲۷۸    |
|                                    | بین یک تا دو میلیون تومان    | ۷۲/۳          | ۲۷/۷          |          |
|                                    | بیش از دو تا سه میلیون تومان | ۱۰۰           | ۰             |          |

|                                    |             |                              |      |      |        |
|------------------------------------|-------------|------------------------------|------|------|--------|
| رضایت از شیوه انتقال اطلاعات سلامت | جنسیت       | مرد                          | ۳۹/۴ | ۶۰/۶ | <0/001 |
|                                    |             | زن                           | ۵۹/۸ | ۴۰/۲ |        |
|                                    | سن          | کم‌تر و مساوی ۴۰ سال         | ۴۷/۸ | ۵۲/۲ | 0/321  |
|                                    |             | بین ۴۱ تا ۶۰ سال             | ۵۲/۶ | ۴۷/۴ |        |
|                                    |             | بیشتر از ۶۰ سال              | ۵۶/۸ | ۴۳/۲ |        |
|                                    | رتبه تحصیلی | زیر دیپلم                    | ۵۴/۰ | ۴۶/۰ | 0/969  |
|                                    |             | دیپلم                        | ۵۷/۹ | ۴۲/۱ |        |
|                                    |             | فوق دیپلم                    | ۲۰/۰ | ۸۰/۰ |        |
|                                    |             | لیسانس                       | ۵۰/۰ | ۵۰/۰ |        |
|                                    |             | فوق لیسانس                   | ۱۰۰  | ۰    |        |
|                                    | درآمد       | کم‌تر از یک میلیون تومان     | ۵۷/۴ | ۴۲/۶ | 0/003  |
|                                    |             | بین یک تا دو میلیون تومان    | ۳۸/۵ | ۶۱/۵ |        |
|                                    |             | بیش از دو تا سه میلیون تومان | ۰    | ۱۰۰  |        |
| مشورت با پزشک                      | جنسیت       | مرد                          | ۳۶/۵ | ۶۳/۵ | 0/004  |
|                                    |             | زن                           | ۴۶/۳ | ۵۳/۷ |        |
|                                    | سن          | ۴۰ سال و کمتر                | ۷۸/۳ | ۲۱/۷ | <0/001 |
|                                    |             | بین ۴۱ تا ۶۰ سال             | ۴۸/۵ | ۵۱/۵ |        |
|                                    |             | بیشتر از ۶۰ سال              | ۳۱/۵ | ۶۸/۵ |        |
|                                    | رتبه تحصیلی | زیر دیپلم                    | ۳۹/۶ | ۶۰/۴ | <0/001 |
|                                    |             | دیپلم                        | ۶۰/۵ | ۳۹/۵ |        |
|                                    |             | فوق دیپلم                    | ۸۰/۰ | ۲۰/۰ |        |
|                                    |             | لیسانس                       | ۱۰۰  | ۰    |        |
|                                    |             | فوق لیسانس                   | ۱۰۰  | ۰    |        |
|                                    | درآمد       | کم‌تر از یک میلیون تومان     | ۴۳/۶ | ۴۳/۱ | 0/839  |
|                                    |             | بین یک تا دو میلیون تومان    | ۵۶/۴ | ۵۶/۹ |        |
|                                    |             | بیش از دو تا سه میلیون تومان | ۱۰۰  | ۰    |        |

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که از دیدگاه بیماران دیابتی، در برخورداری از اطلاعات سلامت و جستجوی آن مفید بوده و می‌تواند منجر به افزایش سواد سلامت، خودمدیریتی و کنترل بیماری دیابت شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش زمانی که در آن بیماران اطلاعات کسب شده را مفید می‌دانستند (۳۵) و با پژوهش Andreassen و همکاران که بر ضرورت بهره‌گیری از اطلاعات سلامت در ارتقای کیفیت زندگی بیماران تأکید کرده بود، همسو است (۴۰). همچنین این نتیجه با نتایج به دست آمده توسط McCaughan و McCenna در این باره که در آن بیماران سرطانی جهت سازگاری بیشتر با بیماری خود از اطلاعات سلامت کسب شده استفاده می‌کردند (۳۹) و با نتایج Gray و همکاران که در آن اطلاعات سلامت تأثیر مثبت بر زندگی بیماران داشتند (۳۸)، همخوانی داشت. همچنین یاراحمدی و همکاران نشان دادند که ارائه اطلاعات مرتبط با دیابت به صورت غیر فعالانه توسط محققان به بیماران دیابتی منجر به کاهش سطح قند خون بیماران شد (۳۶).

تعداد بسیار کمی از بیماران نسبت به کسب اطلاعات بیشتر در ارتباط با بیماری خود مقاومت می‌کردند و دیدگاه منفی نسبت به اطلاعات سلامت داشتند و بر این باور بودند که در صورت کم‌تر دانستن در مورد بیماری خود از آرامش نسبی بیشتری برخوردار هستند. برخلاف این عده، تعداد دیگری از بیماران همچنان به دنبال اطلاعات بودند و ترس از نداشتن اطلاعات در آنان بیشتر از داشتن اطلاعات بود. این یافته با نتایج پژوهش Evans که در آن تعداد کمی از بیماران سرطانی مخالف دریافت اطلاعات بودند، همسو بود (۳۷). این امر می‌تواند ناشی از متفاوت بودن نوع بیماری دیابت که خودمراقبتی نقش عمده‌ای در کنترل و بهبود آن دارد با بیماری سرطان باشد. در مطالعه حاضر، مشخص شد که اتکا به پزشک جهت دریافت آموزش‌های پزشکی بر بعد دریافت اطلاعات از ابعاد رفتار اطلاع‌یابی سلامت و مؤلفه‌های آن شامل دریافت فعالانه اطلاعات و دریافت غیر فعالانه اطلاعات تأثیرگذار است، اما بر سایر ابعاد مؤلفه‌های رفتار اطلاع‌یابی سلامت تأثیری نداشت.

افرادی که خود را شدیداً متکی به پزشک می‌دانند، بیشتر به جستجوی اطلاعات به صورت فعال و غیر فعال می‌پردازند. دلیل چنین یافته‌ای می‌تواند این باشد که افرادی که بیشتر به جستجوی اطلاعات می‌پردازند، بیشتر به علت مشکلات ناچیز و کوچک به پزشک مراجعه می‌کنند و احساس وابستگی بیشتری به پزشک خود دارند. این مسأله در مورد بیماران دیابتی نیز صادق است. همچنین مشخص شد که بیماران از خانواده‌های کم‌درآمد بیشتر به پزشک خود متکی می‌باشند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش Miller و همکاران که در آن جستجوگران فعال اطلاعات به علت مشکل‌های سلامتی بسیار کوچک و ناچیز دائماً به پزشک خود مراجعه می‌کردند، همسو می‌باشد. آنان به پزشک خود بسیار متکی بودند و خواهان حداکثر اطلاعات سلامت بودند (۳۸)، اما در پژوهش Carvalhode و همکاران افراد با موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، کمتر به پزشک خود متکی بودند (۲۷). دلیل این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی باشد (۴۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که صحبت و مشورت با پزشک بر اغلب مؤلفه‌های رفتار اطلاع‌یابی سلامت به غیر از مؤلفه‌های تأثیر اطلاعات از دیدگاه بیمار، درک در جستجوی اطلاعات و استرس تأثیرگذار است. بیمارانی که بیشتر با پزشک خود صحبت می‌کنند نسبت به افرادی که با پزشک خود صحبت نمی‌کنند، بیشتر به جستجوی اطلاعات می‌پردازند. این بیماران مشتاق به جستجوی اطلاعات، از منابع اطلاعاتی و کانال‌های مختلف به کسب اطلاعات می‌پردازند و پزشکان هم یکی از این منابع اطلاعاتی محسوب می‌شوند. بنابراین میزان سؤال پرسیدن از پزشک توسط بیمار بیانگر میزان تمایل وی جهت به دست آوردن اطلاعات مرتبط با بیماری خود می‌باشد. همچنین مشخص شد که افراد زیر ۴۰ سال و افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر (زیر دیپلم، دیپلم) بیشتر با پزشک خود مشورت می‌کنند. این یافته با نتایج میلر و همکاران می‌که در آن جستجوگران فعال اطلاعات به علت این‌که خواهان حداکثر اطلاعات از پزشک خود هستند، بیشتر با وی مشورت می‌کنند، همسو می‌باشد (۳۸)، اما در مطالعه شفتی و همکاران زنان باردار با سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر

از بخش خصوصی شاره نمود که می‌تواند بر نمونه‌گیری از طبقات و نیز نتایج مطالعه تأثیر بگذارد. پیشنهاد ما برای پژوهش‌های آتی، مطالعه کیفی نیازهای اطلاعاتی بیماران دیابتی، موانع جستجوی اطلاعات، و موانع موجود آن می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

بیماران مورد مطالعه عقیده داشتند که داشتن اطلاعات سلامت در مورد بیماری خود، از سردرگمی آنان جلوگیری می‌کند به شرطی که این اطلاعات را از یک پزشک معالج ثابت دریافت کنند. آنان عقیده داشتند که تعویض پزشک معالج و دریافت اطلاعات متفاوت و متنوع در مورد بیماری، میزان سردرگمی آنان را افزایش می‌دهد. با توجه به نقش مؤثر پزشک در بهبود رابطه میان پزشک و بیمار، ضرورت دارد که پزشک با نیازهای اطلاعاتی بیمار آشنا شود، چراکه انتقال اطلاعات سلامت به بیماران دیابتی در روند بهبود درمان این بیماری نقش مهمی دارد و پزشک مجرای انتقال این اطلاعات به بیمار است. این پژوهش نشان داد که رابطه پزشک با بیمار از سه جهت بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران تأثیرگذار است. این سه بعد عبارتند از: ۱- متکی بودن به پزشک و نحوه دریافت و جستجوی اطلاعات؛ ۲- مشورت با پزشک و نحوه رفع نیازهای اطلاعاتی مرتبط با بیماری خود؛ ۳- رضایت از انتقال اطلاعات توسط پزشک و نحوه انتخاب منبع اطلاعاتی توسط بیمار، لذا لازم است تا نیازهای اطلاعات سلامت بیماران توسط بررسی رفتارهای اطلاع‌یابی شناسایی شده و در اختیار پزشک قرار گیرد تا وی هنگام معاینه و مشاوره با بیماران اطلاعات مناسب و صحیح را در زمان مناسب، در اختیار آنان قرار داده و از این طریق سبب رضایت بیماران از شیوه انتقال اطلاعات و بهبود روند درمان گردد. در این صورت گامی غیر مستقیم در جهت بهبود روند درمان بیماری صورت می‌گیرد که هم پزشک و هم بیمار از آن سود خواهند برد. به نحوی که از یکسو، رضایت بیمار از خدمات ارائه‌شده توسط پزشک تأمین گردیده و این امر منجر به توانمندی بیشتر و خودمدیریتی بیماری و بهبود آن می‌شود و از سوی دیگر، پزشک نیز با دیدن رضایت بیمار خود، با انرژی بیشتری به

از بیماران با سطح تحصیلات پایین‌تر با پزشک خود مشورت می‌کردند (۲۲). دلیل این اختلاف می‌تواند متفاوت بودن وضعیت بیماران (بیماران دیابتی و زنان باردار) باشد. نوع بیماری یکی از عوامل زمینه‌ای مؤثر بر شیوه جستجوی اطلاعات بیماران محسوب می‌شود (۴۲).

رضایت از شیوه انتقال اطلاعات از پزشک به بیمار، تنها بر یکی از مؤلفه‌های رفتار اطلاع‌یابی سلامت تأثیر داشت. این مؤلفه، کسب اطلاعات از رسانه‌های سنتی بود. بدین معنی که بیمارانی که از شیوه انتقال اطلاعات از پزشک یا ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی به خود رضایت ندارند، بیشتر از رسانه‌های سنتی (رادیو، تلویزیون، اخبار، مجلات پزشکی، مجلات عامه‌پسند، روزنامه، کتاب، بروشور، پوستر و جزوه) به عنوان منبع اطلاعاتی برای کسب اطلاعات استفاده می‌کردند. به عبارت دیگر، هنگامی که بیماران از پزشک (به عنوان پراستفاده‌ترین منبع اطلاعاتی در پژوهش حاضر)، اطلاعات دلخواه را کسب نمی‌کنند، برای کسب اطلاعات به منابع اطلاعاتی دیگری مانند رسانه‌های سنتی مراجعه می‌کنند. همچنین مشخص شد که بیماران بالای ۶۰ سال بیشتر از خدمات پزشک رضایت داشتند. این یافته با نتایج Evans که در آن نارضایتی از شیوه انتقال اطلاعات از پزشک به بیماران سرطانی، منجر به کسب اطلاعات مورد نیاز از دیگر مجراهای اطلاعاتی از جمله منابع اطلاعاتی سنتی مانند کتاب، روزنامه‌ها، بروشورها همچنین اعضای خانواده و دوستان و آشنایان می‌شد، همسو می‌باشد (۳۵). همچنین در مطالعه Carvalhode و همکاران اطلاعات کسب‌شده از رسانه‌های اجتماعی بر رضایت بیماران مبتلا به دیابت از خدمات پزشک تأثیرگذار بوده و ارتباط معنی‌داری میان جنسیت و رضایت از خدمات ارائه‌شده توسط پزشک مشاهده نشد (۲۷). با این حال برخلاف مطالعه Carvalhode و همکاران، در مطالعه حاضر، افراد جوان بیشتر از افراد مسن از خدمات ارائه‌شده توسط پزشک رضایت داشتند. دلیل این تفاوت می‌تواند تفاوت‌های فرهنگی و یا تفاوت سطح تحصیلات افراد جوان و مسن باشد (۴۱).

از جمله محدودیت‌های پژوهش، می‌توان به دقیق نبودن آمار بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و نیز عدم نمونه‌گیری

درمان بیماران خواهد پرداخت. در نتیجه این رضایت و سودمندی دوطرفه، مراجعات مکرر بیماران به دلیل عدم رعایت صحیح دستورالعمل‌ها به پزشک نیز کاهش خواهد یافت.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی به شماره ۳۹۵۷۹ است که اعتبار آن توسط معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین شده است.

## References

- Morovatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived Self- efficacy in Self-care Behaviors among Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand Univ Med* 2008; 15 (4): 91-99. [Persian]
- Rahimian Boogar E, Besharat MA, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self- Management. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 17(3): 233-240. [Persian]
- Tol A, Sharifirad GH, Eslami A, Eslami A, Alhani F, Mohajeritehrani M, Shojaieezadeh D. Self-Efficacy: An Efficient Functional Concept in Type 2 Diabetes Control. *J Health Sys Res* 2012; 8(2): 339-346. [Persian]
- Bakhti M, Salehi M, Ashrafi M, Noushin D, Siavoush M. Identification, Prevention, Control and Treatment of Diabetes. Isfahan: Kyarad; 2010. [Persian]
- Delavari A, Mahdavihezave A, Nouroozinejad A, Yarahmadi SH. Laboratory technician and Diabetes. Tehran: Sound Publishing Center; 2004. p.8-10. [Persian]
- Delavari A, Mahdavihezave A, Nouroozinejad A, Yarahmadi SH. National Diabetes Control and Prevention Program. Tehran: Sound Publishing Center; 2004. [Persian]
- Iran Diabetes Society. Diabetes; World Threatening Diseases. Available at: <http://ids.org.ir/>. Cited May12; 2013.
- Weaver JB, Mays D, Weaver SS, Hopkins GL, Eroglu D, Bernhardt JM. Health Information-seeking Behaviors, Health Indicators, and Health Risks. *Am J Public Health* 2010; 100(8): 1520-1525.
- International Foundation for the Prevention and Control of Diabetes. Diabet and Statistic. Available at: <http://www.idpcf.com/Default.aspx?PageId=3aZmYag4>. Cited Dec 15, 2013.
- Ministry of Health and Medical Education. Exclusive News. Available at: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?sited=1&pagied=32628&newsview=97743>. Cited Jun 2, 2013.
- Abazari P, Amini M, Amini P, Sabouhi F, Yazdannik A. Diabetes Nurse Educator Course: from Develop Perform. *Iran J Med Sci* 2011; 10(5): 918-927. [Persian]
- Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Relationship between health locusof control, slip memory and physician-patient relationship with adherence in type II diabetic patients. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 20(2): 249-258. [Persian]
- Moein A, Anbari A. Patient- physician relations. *Daneshvar Pezeshki* 2010; 17(85): 71-80.
- Tabeyi Z, Parsayi H. Physician and Patients Relationship. *Med Ethics J* 2008; 2(4): 107-120. [Persian]
- Vahidi RG, Kaffashi S, Narimani MR, Sadeghifar J, Raadaadi M, Nazari A, et al. Correlation between knowledge and satisfaction of patients from patient-physician relationship. *Int J Health Promot Educ* 2013; 2(3): 66-73.
- Lingyan Z, Jun W. Research on psychological factors which influence Doctor-Patient communications among outpatients. *J Med Coll PLA* 2013; 28(1): 20-28.
- Shojaei A, Abolhasani F. The role and Consequences of trust in patient-physician relationships. *J Med Ethics Hist Med* 2013; 5(4): 36-43. [Persian]
- Nemati F, Mohammadnead E, Tabatabaei A, Ehsani SR, Sajjadi A, Hajiesmaeilpoor A. Satisfication Rate of Hospitalized Patients in Teaching Hospital with Presented Services. *Med Ethics J* 2014; 7(20): 29-50. [Persian]
- White LA. HIV-related Information Seeking among Residential Florida State University Students in Three Caribbean Countries [Dissertaion]. Florida: Florida State University's School of Communication; 2009. p.10-17.
- Shafati M, Zahedi MJ. Biomedical model to the multidimensional concept of bio-psycho-social model. *J Bioethics* 2012; 2(5): 152-187. [Persian]
- Pearson SD, Reake LH. Patient's trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med* 2000; 15(7): 509-513.
- Shafati M, Zahedi MJ. Physician- patient relationship: ecology of multiple patient visitsat private offices of doctors. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2(1): 46-61.
- Esmaeili R, Ashktorab T, Esmaeili M, Raiis Yazdi H, Jamalodini H. The Philosophy of Human Relations and Ethics in Medicine. *Med Ethics J* 2011; 5(16): 79-93. [Persian]
- Zare-Farashbandi F, Lalazaryan A, Rahimi A, Hassanzadeh A. How Health Information is received by Diabetic Patients? *Adv Bio Res* 2015; 4: 126. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4513320/>.

25. Williams M, Davis T, Parker R, Weiss B. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Fam Med* 2002; 34(5): 383-389.
26. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; 94(3): 291-309.
27. Carvalhode Figueiredo R, JanSnoek F, Maria Barreto S. Do patients and physicians agree on diabetes management? A study conducted in Public Healthcare Centres in Brazil. *Patient Educ Couns* 2013; 92(1): 107-113.
28. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primarycare patients' perspective. *Patient Educ Couns* 2013; 90(3): 297-306.
29. Allen S. Development And Validation Of A Suvey Instrument To Assess Health Information Seeking Behaviors Among African American Young Professionals [PHD thesis]. Alabama: University of Alabama; 2013.
30. Lambert S, Loiselle C. Health Information Seeking Behavior. *Qual Health Res* 2007; 17(8): 1006-1019.
31. Longo DR, Schubert SL, Wright BA, LeMaster J, Williams CD, Clore JN. Health Information Seeking, Receipt, and Use in Diabetes Self-management. *Ann Fam Med* 2010; 8(4): 334-340.
32. Sandu A. The social construction of autonomy and the meanings of autonomy for the diabetic patient from doctor's perspective. *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 93: 2130-2135.
33. Zamani M. Information Seeking Behavior of Cardio Vascular Patients Hospitalized at Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. [Master hesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2012. [Persian]
34. Yarahmadi A, Zare-Farashbandi F, Kachauei A, Nouri R, Hassanzadeh A. The Eeffects of Non-attendance Information Therapy on the Control of Glycosylated Hemoglobin (HbA1C) in Type 2 Diabetic Patients. *J Educ Health Promot* [Serial Online] 2014; 3(1): 5 Screen.
35. Evans M, Shaw A, Thompson EA, Falk S, Turton P, Thompson T, et al. Decisions to Use Complementary and Alternative Medicine (CAM) by Male Cancer Patients: Information-seeking Roles and Types of Evidence Used. *BMC Complement Altern Med* 2007; 7: 25.
36. Gray SW, Armstrong K, Demichele A, Schwartz JS, Hornik RC. Colon Cancer Patient Information Seeking and the Adoption of Targeted Therapy for on-label and Off-label Indications. *Cancer* 2009; 115(7): 1424-1434.
37. McCaughan E, McKenna H. Never-ending Making Sense: Towards a Substantive Theoryof the Information-seeking Behaviour of Newly Diagnosed Cancer Patients. *J Clin Nurs* 2007; 6(11): 2096-2104.
38. Muris P, Van-Zuurren FJ, DeJong PJ, DeBeurs E, Hanewald G. Monitoring and Blunting Coping Styles: the Miller Behavioural Style Scale and its Correlates, and the Development of an Alternative Questionnaire. *Person Individ Diff* 1994; 17(1): 9-19.
39. Alavinia M, Ghotbi M, Mahdavi Hezave A, Kermanchi J, Nasli Esfahani A, Yarahmadi S. National Program for Prevention and Control of Diabetes Type II: Implementation in Urban Areas. Tehran: Sepidbarg; 2012. p.12-18. [Persian]
40. Andreassen S, Randers I, Naslund E, Stockeld D, Mattiasson AC. Family Members' Experiences, Information Needs and Information Seeking in Relation to Living with a Patient with Oesophageal Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005; 14(5): 426-434.
41. Paternotte E, VanDulmen S, vanderLee N, Scherpbier A, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Educ Couns* 2015; 98(4): 420-445.
42. Nagler RH, Gray SW, Romantan A, Kelly BJ, DeMichele A, Armstrong K, et al. Differences in Information Seeking among Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Patients: Results from a Population-based Survey. *Patient Educ Couns* 2010; 81 Suppl: S54-S62.