

منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان: یک مطالعه کیفی

سکینه سبزواری^۱، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲، طیبه نگاهبان بنایی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مجهز کردن افراد به اطلاعات کافی درباره سلامت، منجر به کسب پیامدهای مطلوب سلامت می‌شود. گزارش‌های علمی نشان دهنده چالش‌های مددجویان در اعتماد و دسترسی به منابع رسمی ارایه دهنده اطلاعات سلامت است. این مطالعه با هدف تبیین منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان ایرانی طراحی گردید.

روش: مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوای کیفی و نمونه‌ها نیز از طریق نمونه‌گیری هدفمند با در نظر گرفتن شرایط ورود به مطالعه صورت گرفت. داده‌ها توسط مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۷ زن و استفاده از مستندات و یادداشت‌های در عرصه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل آن‌ها به طور مستمر و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و به طور کیفی انجام گردید.

یافته‌ها: پنج درون‌مایه محوری «کارکنان مراقبت سلامت، شبکه‌های اجتماعی، فرهنگ و مذهب، رسانه‌های جمعی و خودمنبعی» برای توضیح منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان ظاهر شد. طبقات فرعی به دست آمده از درون‌مایه‌های اصلی نیز شامل «همتایان، تعاملات اجتماعی، آموزه‌های دینی، اطلاعات طب سنتی، تجربیات بزرگترها و سالمندان، اینترنت، رسانه‌های الکترونیکی، رسانه‌های چاپی، خوداکتشافی - حس ششم و تجربیات قبلی» بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر ضرورت احترام به باورهای فرهنگی - مذهبی حاکم بر جامعه و حق جستجوگری مددجویان را پررنگ‌تر می‌کند و در جهت حمایت از نیازهای اطلاعاتی مددجویان و توانمندسازی آنان بر به کارگیری منابع رسمی و غیر رسمی تأکید دارد.

کلید واژه‌ها: زنان، منابع، اطلاعات سلامت، حق جستجوگری

ارجاع: سبزواری سکینه، نیکبخت نصرآبادی علیرضا، نگاهبان بنایی طیبه. منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۴): ۳۶۲-۳۴۹.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۱۶

تهدیدهای سلامت و چالش‌های همراه با آن ضمن ارتقای سازگاری با بیماری و توانایی‌های تصمیم‌گیری طبی (۶، ۵)، باعث دستیابی به تعاملات مؤثرتر با مراقبین سلامت، کاهش استرس و اصلاح عادات مرتبط با سبک زندگی (۷) و کاهش نگرانی‌ها و احساسات منفی (۸) می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا از طریق کسب تجربیات یکدیگر، منابع در دسترس

مقدمه

توجه روزافزون جوامع پزشکی بر خودمراقبتی (۱، ۲) و هدایت مددجویان به خودمختاری و شناخت حقوق سلامت خود (۳) منجر به افزایش اهمیت و ضرورت توانمندسازی آنان در زمینه کسب اطلاعات سلامت گردیده است (۴). جستجوی اطلاعات سلامت از طریق کمک به افراد برای درک و فهم

۱- استادیار، گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استاد، گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری بهداشت همگانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: negahbant@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: طیبه نگاهبان بنایی

برای مدیریت عوامل تنش‌زا را بهتر بشناسند (۹).

پیدایش و غلبه عصر اطلاعات و ارتباطات و به دنبال آن افزایش اطلاعات در دسترس منجر به گرایش بیشتر به استفاده از اینترنت به عنوان منبع جستجوی اطلاعات سلامت شده است. در مرور متون موجود نیز تمرکز مطالعات مرتبط با رفتارهای جستجوی اطلاعات سلامت به طور وسیع و گسترده بر استفاده از اینترنت به عنوان منبع وسیع جستجوی اطلاعات سلامت تأکید شد (۱۴-۱۰). از طرف دیگر، استفاده از این منبع برای جستجوی اطلاعات سلامت بر اساس برخی ویژگی‌های فردی و اجتماعی متفاوت گزارش شده است (۱۶، ۱۵، ۱۱، ۱۰). گرچه بسیاری از مددجویان از اینترنت به عنوان منبع اطلاعاتی بهره می‌برند، اما برخی گزارش‌ها بیانگر وجود چالش‌هایی در خصوص سواد اطلاعاتی (۱۳، ۱۲) و اعتماد جستجوگران به اطلاعات سلامت اینترنتی می‌باشد (۱۷، ۱۴). مددجویان در بیشتر موارد حرفه‌های مراقبت سلامت را به عنوان منبع معتبر و قابل اعتماد اطلاعات سلامت معرفی می‌کنند (۱۹، ۱۸) و از سایر منابع اطلاعاتی مانند رادیو، تلویزیون، روزنامه، اینترنت، خانواده، دوستان و همکاران برای تکمیل اطلاعات آرایه شده توسط حرفه‌های مراقبت سلامت استفاده می‌نمایند (۲۰). در مجموع می‌توان گفت منابع ترجیح داده شده برای جستجوی اطلاعات سلامت تحت تأثیر عوامل فرهنگی و فردی- اجتماعی مانند سن، جنس، نژاد، تحصیلات، درآمد، سواد اطلاعاتی و سواد سلامت و وضعیت سلامت مراحل مختلف بیماری است (۲۳-۲۱، ۱۱).

در مجموع مطالعات محدودی در سراسر جهان منابع جستجوی اطلاعات سلامت در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های خاص را مدنظر قرار داده‌اند. در ایران نیز در زمینه منابع جستجوی اطلاعات سلامت پژوهش‌های کمی گزارش شده است؛ اما رادیو و تلویزیون، اینترنت و مراقبین سلامت به ترتیب معمول‌ترین منابع جستجوی اطلاعات سلامت توسط جمعیت عمومی شهر تهران بیان گردید (۲۴). با توجه به عدم آشنایی بیشتر مردم ایران با زبان انگلیسی (۲۵)، محدودیت سواد اطلاعاتی و سواد سلامت (۲۷، ۲۶)، عدم دسترسی آنان به اینترنت پرسرعت (۲۹، ۲۸) و نبود پایگاه‌های معتبر فارسی

زبان که بتواند اطلاعات را به زبان ساده و قابل استفاده برای عموم مردم آرایه نماید و از طرف دیگر با وجود بار کاری زیاد مراقبین سلامت، عدم توانایی آنان در برقراری ارتباط با مددجو، نظارت بالینی ناکافی، ضعف انگیزه در مراقبین سلامت، عدم فردی‌سازی اطلاعات (۳۰) و داشتن زمینه فرهنگی- مذهبی خاص، به نظر می‌رسد مددجویان ایرانی از الگوهای متفاوتی برای جستجوی اطلاعات سلامت پیروی می‌کنند.

بر اساس نتایج مطالعات، زنان جستجوگران فعالی برای اطلاعات سلامت هستند (۳۱، ۲۶، ۱۰) و بیش از مردان به سلامت خود و اجرای اقدامات پیشگیرانه توجه و حساسیت نشان می‌دهند (۳۳، ۳۲). بنابراین ضمن انجام مراقبت از سلامت اعضای خانواده، نقش بسیار کلیدی در تعیین سبک زندگی خانواده دارند (۳۱). بر این اساس، مطالعه حاضر بر منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان متمرکز بود و با هدف تبیین منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان طراحی گردید تا با درک واضح از منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان ایرانی، مراقبین سلامت را در جهت آرایه اطلاعات بر اساس ترجیحات و نیازهای درک شده آنان در خصوص منابع اطلاعات سلامت یاری رساند و در نتیجه رسیدن به پیامدهای مطلوب سلامت تسهیل گردد.

روش

مطالعه حاضر قسمتی از یک پژوهش بزرگ تئوری زمینه‌ای بود که با رویکرد تحقیق کیفی و به روش تحلیل محتوای متعارف (Conventional content analysis) انجام شد. تحلیل محتوای کیفی شیوه مناسبی برای کسب نتایج متغیر و پایا از داده‌های متنی می‌باشد. این روش برای ایجاد دانش و ایده جدید، آرایه حقایق و راهنمای عمل به کار می‌رود. هدف از این شیوه، فشرده کردن توصیف وسیع یک پدیده و دستاورد آن، مفاهیم یا طبقات توصیفی پدیده می‌باشد (۳۴). در مطالعه حاضر ۱۷ زن بر اساس معیارهای ورود به مطالعه (زنان متأهل و میانسال با ملیت ایرانی، دارای قدرت برقراری ارتباط و بیان خوب که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و از نظر جسمی، روحی و شناختی دارای شرایط مساعدی

چندین بار گوش دادن به مصاحبه‌ها در حین تایپ باعث غوطه‌ور شدن محقق در داده‌ها می‌شد. در کنار متن مصاحبه‌ها، حالات و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان نیز یادداشت‌برداری گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با رویکرد استقرایی و با استفاده از شیوه مقایسه مداوم انجام گرفت. بدین منظور پژوهشگران ضمن پیاده‌سازی متن ضبط شده مصاحبه‌ها در نرم‌افزار Word و تعیین واحدهای معنایی که شامل جملات و کلمات زنان در حین مصاحبه بود، اقدام به کدگذاری و برچسب زدن واحدهای معنایی، بازنگری کدها با متن مصاحبه‌ها و اطلاعات کسب شده از سایر منابع و مرور مجدد و مقایسه کدها از نظر تشابه و تفاوت با یکدیگر کردند. سپس با ترکیب کدهای مشابه و انجام طبقه‌بندی و توسعه طبقات بر اساس تشابه و تناسب و بازنگری طبقات و مقایسه مجدد آن‌ها با داده‌ها، فرایند تحلیل ادامه یافت. اقدامات انجام شده بر اساس روش توصیه شده توسط محققین (۳۶، ۳۵) و برای اطمینان از استحکام کدها و در نهایت شناسایی درون‌مایه‌های مربوط به منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان انجام گرفت.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی، معیارهای قابلیت دقت علمی مانند اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، قابلیت انتقال (Transferability) و قابلیت تأیید (Confirm ability) پیشنهاد شده توسط Guba و Lincoln مورد استفاده قرار گرفت (۳۷). جهت تضمین اعتبار داده‌ها از درگیری طولانی مدت (بیش از یک سال)، مرور و بازنگری ناظرین و مقایسه مداوم داده‌ها و برای اطمینان از وابستگی که بیانگر ثبات و پایایی داده‌ها می‌باشد، از بازنگری خارجی (Member check) و نظرات تکمیلی همکارانی که با رویکرد تحقیق کیفی آشنا بودند و مرور دست‌نوشته‌های مشارکت‌کنندگان استفاده گردید. همچنین با ارایه آن‌ها به دو نفر از استادان پرستاری و اطمینان از تشابه نظرات، تأییدپذیری یافته‌های پژوهش تأکید و قابلیت انتقال نیز با توصیف غنی از داده‌ها تأمین شد.

تحقیق حاضر با تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم

برای به اشتراک گذاشتن تجاربشان بودند) از مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی، سازمان‌های مربوط به امور بانوان، پارک‌ها و ادارات شهر رفسنجان به روش هدفمند انتخاب شدند. در مجموع تلاش بر این بود که برای رعایت حداکثر تنوع‌پذیری، شرکت‌کنندگان در طیف وسیعی از نظر سن، سطح تحصیلات، شغل، محل سکونت (شهری و روستایی)، وضعیت سلامت و تعداد فرزندان قرار گیرند.

پس از کسب مجوز لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، یکی از محققین در عرصه حضور یافت و تمام مصاحبه‌ها را به روش نیمه ساختار یافته انجام داد. به منظور گسترش توافق بین مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده، پس از هماهنگی لازم با شرکت‌کنندگان واجد شرایط و کسب رضایت آنان، مصاحبه‌ها در محل موردنظر آن‌ها و با تعیین وقت قبلی در محیطی صمیمی و آرام انجام شد.

قبل از شروع مصاحبه یکی از پژوهشگران ضمن بیان اهداف مطالعه و بیان دلایل انتخاب زنان برای مصاحبه و شرکت در تحقیق، به شفاف‌سازی در خصوص فواید انجام این تحقیق برای ارتقای سلامت جامعه و نیز بهبود عملکرد پرستاران در خصوص به کارگیری منابع ترجیحی زنان در جهت ارتقای اطلاعات سلامت آنان و غنی‌سازی منابع فوق توضیحاتی ارایه می‌کرد. همچنین در مورد نحوه دسترسی مشارکت‌کنندگان به نتایج نهایی تحقیق نیز اطلاعاتی داده شد. سپس با توجه به اهداف، موضوع سؤالات تحقیق و رویکرد تحقیقی اتخاذ شده، انواع متعددی از سؤالات ممکن بر اساس راهنمای مصاحبه مطرح گردید. پس از هر بار مصاحبه و به منظور هدایت صحیح تحقیق و با توجه به جریان مصاحبه قبلی، در راهنمای مصاحبه بعدی تغییراتی داده می‌شد. هر مصاحبه بین ۱۲۰-۴۵ دقیقه به طول انجامید. محل انجام مصاحبه‌ها در منزل یا دفتر کار یکی از پژوهشگران واقع در دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان یا در منزل و محل کار مشارکت‌کنندگان بود. بلافاصله بعد از انجام مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی آن‌ها انجام گرفت. برای این منظور ابتدا به مصاحبه‌های ضبط شده چندین بار گوش داده شد و سپس کلمه به کلمه در نرم‌افزار Word تایپ گردید.

«پسرم وقتی کوچک بود، تشنج می‌کرد. من برای گرفتن اطلاعات غیر از پزشکش به هیچ کس دیگه‌ای اعتماد نداشتم...». به این افراد در زمان بروز مشکلات حاد و تنش‌زای سلامت یا مواقع مواجهه با شرایط مبهم در فرایند تشخیص و درمان مشکلات سلامتی مراجعه می‌شد. شرکت کننده شماره ۹ درباره احساس اضطراب ناشی از احتمال به خطر افتادن سلامتی‌اش گفت: «برای یه لحظه به این فکر افتادم که سلامتیم در خطر، دچار اضطراب شدم. همون موقع تصمیم گرفتم که پیش متخصص تغذیه و بعد متخصص قلب برم». همچنین شرکت کننده شماره ۷ در خصوص قرارگیری در شرایط مبهم و جستجوی اطلاعات برای مشکلات سلامتی فرزندش بیان کرد: «دخترم در چهل روزگی بیمار شد، تب می‌کرد. به هر پزشکی مراجعه می‌کردم هر کدام تشخیص‌های خاص خودشون را می‌دادند، من خیلی نگران بودم... برای کسب اطلاعات بیشتر و دقیق‌تر به چندین متخصص در شهرهای مختلف مراجعه کردم».

شرایط دیگری که زنان را برای جستجوی اطلاعات سلامت به سمت کارکنان سلامت سوق می‌داد شامل مواقعی بود که آن‌ها برای انجام مشاوره طبی یا آشنایی با منابع مختلف مدیریت مشکلات سلامتی نیاز به اطلاعات داشتند و یا به دنبال کسب قدرت کنترل بیشتر بر موقعیت و یا گاهی برای در نظر گرفتن جوانب مثبت و منفی امور و اخذ مناسب‌ترین و بهترین تصمیمات طبی بودند. مشارکت کننده شماره ۱۵ در خصوص مشاوره دوران بارداری بیان کرد: «بچه آخرم را که ناخواسته حامله شدم، قبلش به دلیل کمردرد شدید دارو مصرف می‌کردم. خیلی برام سؤال بود که آیا داروها روی جنین تأثیر گذاشته؟ و حالا من باید چه کار کنم؟ بار اول فکر کردم باید از دکتر متخصص زنان بپرسم».

زنان در نهایت از این طریق به کسب دانش کافی برای شناخت جایگزین‌های دیگر، منابع در دسترس برای انجام اعمال متفاوت و انجام انتخاب‌های مناسب نایل می‌شدند. یکی از زنان (شرکت کننده شماره ۱۴) در این باره گفت: «من الان مشکل فیبروم رحم دارم و اذیتم می‌کنه... با چند نفر از پزشک‌های متخصص شهرهای مختلف مشورت کردم، اون‌ها

پزشکی کرمان (به شماره ۹۳/۱۰/۶۰/۲۴۱۵۸) و کسب مجوز کمیته اخلاق در پژوهش این دانشگاه (با کد اخلاق ۹۳/۱۰/۶۰/۲۴۱۰۲) انجام شد. قبل از شروع مصاحبه در مورد هدف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات و ضبط مصاحبه‌ها برای زنان توضیح داده شد و رضایت آنان جهت شرکت در مطالعه به صورت شفاهی اخذ گردید. همچنین اصول اخلاق در پژوهش مانند کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، رازداری و اختیار شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

۱۷ زن متأهل با محدوده سنی ۲۵-۶۰ سال در مطالعه مشارکت داشتند که ۵ نفر آنان خانه‌دار، ۱۰ نفر کارمند و ۲ نفر دارای شغل آزاد بودند. محل سکونت ۶ نفر روستا و بقیه شهر بود. ۶ نفر از مشارکت کنندگان دارای بیماری شناخته شده و تحت درمان و بقیه به ظاهر سالم بودند. محل انجام ۲ مورد از مصاحبه‌ها در منزل شخصی مشارکت کننده‌ها، ۱ مورد در منزل پژوهشگر و ۲ مورد در محل کار مشارکت کننده‌ها و ۱۲ مورد در دفتر کار پژوهشگر بود.

در جریان تحلیل داده‌ها چهار درون‌مایه برای منابع جستجوی اطلاعات سلامت زنان شناسایی شد که شامل الف. کارکنان مراقبت سلامت، ب. شبکه‌های اجتماعی (دارای دو طبقه فرعی هم‌تایان و تعاملات اجتماعی روزمره)، ج. فرهنگ و مذهب (با سه طبقه فرعی آموزه‌های دینی، اطلاعات طب سنتی و تجربیات بزرگترها و سالمندان)، د. رسانه‌های جمعی (با سه طبقه فرعی رسانه‌های الکترونیکی، رسانه‌های دیجیتالی و رسانه‌های چاپی) و ه. خودمنبعی (با دو طبقه فرعی خوداکتشافی و حس ششم و تجربیات قبلی) بود که در ادامه هر کدام به تفصیل شرح داده می‌شود.

۱- کارکنان مراقبت سلامت

زنان مشارکت کننده به نوعی تجربه مراجعه به حرفه‌های مختلف مراقبت سلامت را بیان می‌کردند. از دیدگاه برخی از آنان، کارکنان مراقبت سلامت قابل اعتمادترین منبع اطلاعات بودند. مشارکت کننده شماره ۱۶ در این خصوص گفت:

به آدم توضیح نمی‌دن... کسی که خودش درگیر بوده، احساس همدلی بیشتری داره. پزشک به عنوان کار نگاه می‌کنه، ولی کسی که درگیره، احساس آدم را عمیق‌تر درک می‌کنه». شرکت کننده شماره ۱۱ در خصوص کمک گرفتن از همتایان برای سازگاری بهتر با درمان بیماری‌اش تجربه‌ای را بیان کرد: «هن نگران بودم که داروی خارجی وارد نمی‌شه. به یکی از آشنایان که سال‌ها درگیر این بیماری بود، مراجعه کردم. ایشان گفت که از ده سال قبل من از این داروی ایرانی استفاده می‌کنم و مشکلی هم نداشتم. توضیحات او قبول کردن داروی ایرانی را برام راحت‌تر کرد و آروم‌تر شدم».

در نهایت گرچه اطلاعات غیر تخصصی همتایان گاهی باعث افزایش نگرانی برخی افراد شده بود، اما زنان این‌گونه اطلاعات را عامل رسیدن به پیامدهای مطلوب سلامت بیان می‌نمودند. از دیدگاه زنان، همتایان گاهی دارای اطلاعات و مهارت‌های بومی یا روش‌های خاص خودشان هستند که در هیچ منبع علمی ذکر نشده است و به دلیل مطابقت با فرهنگ، شرایط بومی و محلی مردم کاربردی‌تر می‌باشد. به عنوان مثال یکی از مشارکت کنندگان (شماره ۹) که مبتلا به بیماری مزمن بود، راهکارهایی که از همتایان دریافت کرده بود چون با شرایط زندگی و امکانات محلی در دسترسش منطبق بود، آن‌ها را کاربردی‌تر درک کرده بود و می‌گفت: «از تجربیات کسانی که اون دوره را گذرانده بودند خیلی خوب تونستم استفاده کنم... خیلی به شرایط زندگی آدم سازگارند و کاربردی‌ترند».

ب. تعاملات اجتماعی روزمره: مراجعه به دانش و تجربیات اطرافیان به عنوان اولین منبع و حتی قبل از مراجعه به کارکنان مراقبت سلامت بیان گردید. این افراد به عنوان اعضای خانواده (همسر، مادر، خواهر یا مادر شوهر)، دوستان، همکاران، همسایگان، آشنایان مطلع و باتجربه معرفی می‌شدند. مراجعه به این‌گونه افراد (مانند همتایان) علاوه بر کسب اطلاعات سلامت، به دلیل احساس همدلی و همدردی و کسب آرامش بیشتر ترجیح داده می‌شد. مشارکت کننده شماره ۴ تجربیاتش را در این خصوص چنین بیان کرد: «موقعی که حامله شدم خب بیشتر از مامانم و یا خواهرام اطلاعات می‌گرفتم. می‌پرسیدم که

توضیح دادند که من باید جراحی بکنم، ولی با چند نفر ماما مشورت کردم اون‌ها گفتند با شرایطی می‌تونم عمل نکنم».

گاهی وقت‌ها نیز جستجوی اطلاعات سلامت نه به منظور مشارکت فعال در تصمیم‌گیری، بلکه به منظور پیش‌بینی نتایج حوادث یا ارزشیابی مناسب درمان‌ها انجام می‌گرفت. مشارکت کننده شماره ۱۷ در این باره گفت: «هن در دوران بلوغ به مشکل لته‌ای داشتم، هر جا می‌رفتم می‌گفتن باید جراحی بشی. چون هزینه جراحی نداشتم می‌خواستم بدونم در آخر چه عواقبی ممکنه پیش بیاد. رو همین حساب خیلی پیگیر بودم و به متخصصین مختلف مراجعه می‌نمودم».

۲- شبکه‌های اجتماعی

بر اساس تجارب زنان مشارکت کننده در پژوهش، تبادل اطلاعات سلامت از طریق شبکه‌های اجتماعی رایج و موجود در جامعه به عنوان اولین و در دسترس‌ترین منبع محسوب می‌شود. این درون‌مایه شامل زیرطبقات «همتایان و تعاملات اجتماعی روزمره» می‌باشد.

الف. همتایان: بر اساس نتایج مطالعه، راهبرد مراجعه به همتایان هم برای تکمیل اطلاعات کسب شده از کارکنان مراقبت سلامت و هم برای کسب آرامش، همدلی و همدردی از آنان بود. احساس نیاز به آشنایی با مراکز بهداشتی- درمانی و مراقبین سلامتی که بتوانند خدمات سلامت ایمن و باکیفیتی را ارائه دهند نیز یکی دیگر از شرایط مهم مراجعه به همتایان بود. آن‌ها معتقد بودند که همتایان به دلیل مراجعات مختلف به مراکز و متخصصین مختلف، غنی‌ترین منبع اطلاعات می‌باشند و بهتر و عمیق‌تر از کارکنان سلامت قادر هستند آنان را درک کنند.

مشارکت کننده شماره ۱۷ که در خصوص جستجوی اطلاعات مرتبط با ناباروری از همتایانش تجربیات مثبتی داشت، چنین گفت: «کسی که خودش درگیره از به طرف به پزشک‌های متعددی مراجعه کرده و مخزن غنی از اطلاعات هست و از طرف دیگر به همزاد پنداری و حس مشترکی می‌تونه ایجاد کنه. پزشک‌ها خیلی‌ها براشون یا مهم نیست و یا این‌قدر موارد بیماری دیدند که براشون عادی شده و خوب

می‌کنه». بعضی از زنان معتقد بودند که اطلاعات سلامت در مسایل دینی آمیخته است و داشتن زندگی سالم در تمام ابعاد بدون توسل به آموزه‌های دینی تا حدودی غیر ممکن است. شرکت کننده شماره ۱۴ در این مورد بیان کرد: «سلامت از دین جدا نیست. یکی از مهم‌ترین اثراتش را من در زایمانم تجربه کردم. برای بچه سومم در کل پیشرفت زایمانم خیلی کم بود، خیلی درد کشیدم. من آداب مذهبی توصیه شده برای این موضوع را به کار بستم... شاید باورتون نشه ماما از اون اتاق اومد به این اتاق گفت شما آماده زایمانید».

ب. اطلاعات طب سنتی: تمایل به اطلاعات مرتبط با طب سنتی و داروهای گیاهی به دلیل ایمن بودن و داشتن عوارض کمتر آن‌ها در بیانات بیشتر زنان مشهود بود. افراد این قبیل اطلاعات را از طریق خانواده، هم‌تایان، نزدیکان و یا مطالعه منابع چاپی و الکترونیکی جستجو می‌کردند. مشارکت کننده شماره ۱۰ گفت: «من به تازگی متوجه شدم که بعضی داروهای گیاهی عوارضش خیلی کمتر از داروهای شیمیایی است. یک سال و نیم بود که ایمنی‌پرامین و لوژارتان مصرف می‌کردم. روزی یک ساعت شدید پیاده‌روی می‌کردم، ولی فشار مینیمم پایین نمی‌اومد. یک نفر طب سنتی را برام معرفی کرد. الان دارم با روش‌هایی که طب سنتی توصیه کرده پیش می‌رم... خیلی بهتر جواب می‌ده». گرچه برخی از زنان اطلاعات طب سنتی را در موقعیت‌های حاد ناکارآمد معرفی کردند و به نوعی نسبت به این‌گونه اطلاعات بی‌اعتماد بودند، اما بیشتر آنان برای مدیریت مشکلات اولیه (خفیف یا مزمن) اطلاعات طب سنتی را مفید می‌دانستند. مشارکت کننده شماره ۱۳ بیان کرد: «روش‌های طب سنتی برای علائم اولیه که مشکل شروع می‌شه مفیده. اگر بهتر شد که هیچ و گرنه باید دنبال داروی شیمیایی بود».

ج. تجربیات بزرگان و سالمندان: برخی از مشارکت کنندگان به خصوص خانواده‌های سنتی، مراجعه به تجربیات بزرگترهای خانواده را اولین و بهترین منبع تلقی می‌کردند. مراجعه به این‌گونه افراد بیشتر به منظور کسب مشاوره، دریافت اطلاعات طب سنتی و داروهای گیاهی بیان می‌شد. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱۴ گفت: «من اگر

چه چیزهایی خوب هست، چی خوب نیست. چه چیزهایی برای رشد جنین لازمه چون که با اون‌ها راحت‌تر بودم و حرف‌های منو بهتر درک می‌کردند».

زنان اطلاعات کسب شده از این منابع را بیشتر برای ارتقای سبک زندگی سالم از قبیل تغذیه، ورزش و تحرک، فرزندپروری، خودمراقبتی، تعاملات بهتر با کارکنان سلامت، سازگاری بهتر با مشکلات سلامت و آشنایی با منابع مختلف خدمات سلامت مفید می‌دانستند. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۴ گفت: «خب بیشتر اطلاعاتم را از اطرافیان کسب می‌کنم. مثلاً توی جمعی یک نفر اطلاعاتی در مورد کم‌خونی مطرح کرد و من دیدم همه علائم را من هم دارم. توصیه‌هایی که پزشک معالجتش بهش داده بود را برای خودم و خانواده‌ام اجرا کردم، بعد از مدتی توانستم روال قبلی که در تغذیه خانواده داشتیم را تغییر بدهم و از این طریق برای سلامتی خودم و خانواده‌ام ارزش سود بردم».

۳- فرهنگ و مذهب

این درون‌مایه با سه طبقه فرعی «آموزه‌های دینی، اطلاعات طب سنتی و تجربیات بزرگترها و سالمندان» بیانگر نقش مهم باورها، اعتقادات، آداب و رسوم و عقاید افراد در رفتارهای جستجوی اطلاعات بود.

الف. آموزه‌های دینی: استفاده از برنامه‌های مذهبی مرتبط با سلامت رسانه‌ها، منابع چاپی، پیام‌های سبک زندگی سالم که در مجالس مذهبی مبادله می‌شود، استعانت از کتاب آسمانی، آیات و روایات هم برای مدیریت مشکلات سلامتی و هم برای ارتقای سلامت بیان گردید.

شرکت کننده شماره ۷ از تجربیاتش در مورد استفاده از منابع مذهبی سلامت این‌گونه توضیح داد: «من زیاد به محافل معنوی می‌روم. بارها روحانی از طب سنتی توصیه‌هایی داشته یا برای مقابله با بیماری‌ها کتاب‌ها یا سی‌دی‌های آموزشی معرفی کرده و استفاده کردم و یا احادیث صحیفه سجادیه و یا نهج‌البلاغه برام منابع مفیدی برای سلامت بودند. من بارها شده از نهج‌البلاغه راهکارهای زندگی‌ام را تونستم پیدا کنم یا همون قرآن خوندم... اگه با دقت خاص خونده بشه خیلی آرامش‌بخشه و راهنمایی‌های خاصی تو ذهن آدم ایجاد

خودم فکر می‌کنم اطلاعاتی که تلویزیون در اختیارم گذاشته بیشتر به دردم خورده... انگار که کامل‌تر بوده».

کسب اطلاعات از این منابع بیشتر به صورت تصادفی بود و گاهی عده‌ای به دلیل فردی نشدن اطلاعات ارایه شده، این‌گونه اطلاعات را غیر مفید و مراجعه به این منابع را اتلاف وقت تلقی می‌کردند. شرکت کننده شماره ۱۷ تجربیاتش را چنین بیان کرد: «برنامه‌های تلویزیون خیلی کنده و اطلاعات محدودی ارایه می‌ده. شاید چون من عجول هستم برام مفید نبوده. یکی زنگ می‌زنه دو ساعت باید صبر بکنی تا جوابشو بدن...». شرکت کننده شماره ۹ مزایای استفاده از رادیو را به عنوان منبع اطلاعاتی این‌گونه شرح داد: «من کلاً رادیو خیلی گوش می‌دم و خیلی اطلاعات را از این طریق کسب می‌کنم. برنامه‌های پزشکی که می‌گذارند خیلی مفیده. رادیو از متخصص‌ها دعوت می‌کنه. بعضی وقت‌ها اطلاعاتش بعداً به دردم می‌خوره. بعضی وقت‌ها هم جواب سوالاتم را ارزش می‌گیرم».

ب. اینترنت: جستجوی اطلاعات سلامت از اینترنت نیز به عنوان منبع دیگری بود. زنان جوان‌تر و دارای وضع مالی خوب و تحصیلات بالاتر دارای تجربیاتی در خصوص استفاده از اینترنت بودند. آنان جستجو از این منابع را قبل از مراجعه به پزشک و برای کسب اطلاعات اولیه یا بعد از مراجعه به پزشک برای تکمیل اطلاعات ارایه شده انجام می‌دادند و گرچه اینترنت را منبع سریع، ارزان و در دسترس تلقی می‌کردند، اما به دلیل محدودیت سواد اطلاعاتی و عدم دسترسی به پایگاه‌هایی که اطلاعات معتبر سلامت را ارایه می‌دهند و همچنین مواجهه با انبوه اطلاعات و اتلاف وقت، مراجعه به آن را گاهی غیر مفید می‌دانستند. یکی از مشارکت کنندگان (شماره ۱۶) در این خصوص بیان کرد: «معمولاً برای اون چیزی که جستجو می‌کنم، همیشه به جوابم نمی‌رسم. خیلی هم به اینترنت و اطلاعات همه پایگاه‌های اعتمادی ندارم. فکر می‌کنم بعضی مطالبش خیلی علمی نیست... البته من هم خیلی مهارتی ندارم که تشخیص بدم مطالبش درسته یا نه. مطالب تو بیشتر پایگاه‌ها کپی هم هستند و مطلب جدید خیلی کم پیدا می‌شه».

ج. رسانه‌های چاپی: زنان، مراجعه به منابع چاپی را

اطلاعاتی را لازم باشه کسب کنم، اولش می‌رم از یک بزرگتری می‌پرسم. فردی که بالآخره بزرگ خانواده هست و باتجربه‌تره...».

مشارکت کنندگان بیان کردند که اطلاعات این افراد قابل اعتمادتر، ارزان‌تر و سریع‌تر است و تجارب آنان شاید در هیچ متن رسمی یافت نشود. یکی از زنان شرکت کننده (شماره ۳) تجربه خود را این‌گونه بیان نمود: «من نهضت سوادآموزی درس می‌دادم. می‌دونید که با بزرگسالان سر و کار داره. اون‌ها به راحتی تجربیاتی در اختیار من می‌گذاشتند که توی هیچ کتابی اونو ننوشته». مشارکت کننده شماره ۴ تجربیاتش را برای جستجوی اطلاعات مرتبط با بیماری فرزندش این‌گونه بیان کرد: «از بزرگترها خیلی می‌پرسیدم از اون‌ها که تجربه‌شون زیادتر بود مثل مامانم یا فامیل‌هایی که یه خورده سنشون بالاتر بود و می‌دونستم تجربه این جور چیزها را دارند، از اون‌ها می‌پرسیدم».

۴- رسانه‌های جمعی

استفاده از رسانه‌های عمومی برای جستجوی اطلاعات سلامت معمول‌ترین و گاهی پررئوع‌ترین منبع بیان می‌شد، اما تأکید و اهمیت استفاده از هر رسانه بر اساس ویژگی‌های فردی- اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زنان متفاوت بود. این درون‌مایه دارای سه زیرطبقه «رسانه‌های الکترونیکی، اینترنت و رسانه‌های چاپی» بود.

الف. رسانه‌های الکترونیکی: تأکید زنان بر استفاده از برنامه‌های شبکه‌های تلویزیونی بیش از رادیو بود. به ویژه برنامه‌های شبکه سلامت، دکتر سلام و شبکه آموزش به کرات توسط زنان مشارکت کننده در مطالعه به عنوان منبع جستجوی اطلاعات سلامت ذکر شد. شرکت کننده شماره ۱۵ در این خصوص گفت: «بیشتر اطلاعاتم را سعی می‌کنم از برنامه‌های تلویزیونی به خصوص شبکه سلامت یا شبکه‌های دیگه که پزشک‌ها بحث‌های تخصصی می‌کنند، به دست بیارم. سعی می‌کنم خیلی روی اون موضوعات دقت کنم ببینم چی می‌گن». از دیدگاه برخی از زنان، اطلاعات سلامت تلویزیون کاربردی‌تر و کامل‌تر از اطلاعات اطرافیان بود. به عنوان مثال یکی از شرکت کنندگان (شماره ۴) می‌گفت: «من

عنوان منبع اطلاعات سلامت بیان می‌کردند.

الف. خوداکتشافی - حس ششم: خوداکتشافی و یا گاهی الهام گرفتن از حس ششم به عنوان منبعی برای کشف راهکارهای مدیریت مشکلات سلامت معدودی از زنان به کار گرفته شد و آن‌ها این وضعیت را با عناوینی همچون «فهمیدن توسط خود، کشف کردن، با تیزینی فهمیدن یا کشف کردن از طریق آزمون و خطا» بیان می‌کردند. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱ گفت: «بعضی وقت‌ها من اصلاً خودم منبع اطلاعات خودم هستم... به جورایی خودم می‌فهمم. مثل این‌که بهم الهام بشه یا گاهی بعضی چیزها را می‌تونم کشف کنم».

دریافت اطلاعات متناقض از کارکنان مراقبت سلامت زنان را مجبور می‌کرد برای مدیریت نیازهای اطلاعاتی خود به متخصصین متعددی مراجعه کنند. برخی از زنان آگاه و هوشمند اطلاعات مختلف را مانند قطعات پازل کنار هم می‌گذاشتند و راهبردهای جدیدی را برای مواجهه با مشکلات سلامتی‌شان کشف می‌کردند. شرکت کننده شماره ۱۲ در این باره گفت: «جالب این‌جاست که من بسته‌گرفته‌ها را از این راه کسب می‌کردم. دکتر گوش و حلق و بینی می‌گفت: سینوزیته، دکتر مغز و اعصاب می‌گفت: مال استرسه، فلان دکتر می‌گفت: حساسیته... ولی این‌ها جدا نظر می‌دادند و من به نفر بودم. اطلاعات را جمع می‌کردم و در مورد خودم فهمیدم که چه مشکلی دارم و چه جوری باید عمل کنم».

ب. تجربیات قبلی: در برخی شرایط زنان باتجربه، استفاده از تجربیات قبلی خود را به عنوان منبعی برای کسب اطلاعات لازم جهت مقابله با مشکلات سلامت یا ارتقای رفتارهای سالم معرفی می‌کردند. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۵ گفت: «زمانی که مشکل سلامتی پیش می‌یاد، از اطلاعات و تجربیات خودم کمک می‌گیرم...». مشارکت کننده شماره ۸ بیان کرد: «اول تا جایی که به قول معروف بتونم بر اساس تجربه‌های خودم عمل می‌کنم. اگر نشانه دیگری دیدم که برام ناآشنا بود، دیگه به دکتر مراجعه می‌کنم».

بحث

نتایج پژوهش حاضر بینش وسیع و جدیدی در خصوص منابع

ساده‌ترین راه دانستند و مراجعه به آن‌ها را برای جستجوی اطلاعات حساسی همچون مسایل جنسی، مشکلات دستگاه تناسلی و... که شرم و حیا مانع جستجوی آن از منابع انسانی می‌شد، معرفی کردند. شرکت کننده شماره ۱۴ تجربیاتش را این‌گونه بیان نمود: «گر به دلیل شرم و حیا تونم سؤال را از کسی بپرسم، مطالعه می‌کنم. نمی‌گذارم سؤال برام بمونه. مثلاً در مورد روابط زناشویی برام خیلی راحتیه که مطالعه بکنم. چون کتاب بدون رو در وایستی بهت اطلاعات می‌ده». شرکت کننده شماره ۱۲ هم درباره سهولت کسب اطلاعاتی که به راحتی از افراد نمی‌توان پرسید، گفت: «جواب سؤالاتی را که در رابطه با روابط زناشویی داشتیم از طریق مطالعه کتابی پیدا کردیم... اطلاعاتی که آدم از مادر و خواهرش هم نمی‌تونه کسب بکنه، در اون کتاب بود».

برخی از زنان از طریق مطالعه منابع چاپی به دنبال تکمیل اطلاعاتی بودند که به طور پراکنده از منابع دیگر به دست آورده بودند. همچنین گاهی وقت‌ها استفاده از این منابع برای اعتباربخشی به اطلاعاتی بود که از طریق تعاملات اجتماعی کسب شده بود. شرکت کننده شماره ۲ در این خصوص گفت: «در مورد چیزهای علمی وقتی که می‌تونم خودم مکتوبش را پیدا کنم، اعتمادم به افراد خیلی کمه».

مشارکت کنندگان علاوه بر کتاب، استفاده از مجلات، روزنامه‌ها و حتی کتاب‌های درسی و فرهنگ لغات را به عنوان منبع جستجوی اطلاعات سلامت بیان می‌نمودند و نحوه دسترسی به این منابع را از طریق خرید از کتابفروشی‌ها، استفاده از کتابخانه‌ها و یا کتاب‌های امانتی تحویل دم درب منزل و کتابفروشی‌های سیار و نمایشگاه‌های کتاب ذکر می‌کردند. شرکت کننده شماره ۳ درباره سودمندی کتاب‌های تحویل دم درب منزل گفت: «یک سری کتاب‌ها را می‌اومندن دم در خونه‌ها در اختیارمون قرار می‌دادند و یک هفته فرصت خوندن می‌دادند. بعد اگر دوست داشتیم، می‌خریدیم... من برای کمردردم کتابی را گرفتم. اطلاعاتش خیلی برام مفید بود».

۵- خودمنبعی

زنان مشارکت کننده گاهی اوقات الهام گرفتن از حس ششم و خوداکتشافی یا مراجعه به تجارب قبلی خود را به

ارتباطات مجازی می‌باشد و این موضوع می‌تواند نقطه قوتی برای ارایه مراقبت جامع‌نگر و جامعه‌نگر و تسهیل و تقویت فرایندهای تبادل اطلاعات سلامت هم‌تا محور و در نهایت ارتقای سلامت جامعه ایرانی باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنان علاوه بر اطلاعات سلامت محور، اطلاعات موردنیاز برای آشنایی با مراکز، حرفه‌ها و کارکنان مختلف ارایه دهنده خدمات سلامت را نیز از طریق هم‌تایان جستجو می‌کردند. در مطالعه فلاحی خشک‌ناب و همکاران نیز جستجوی اطلاعات به منظور آشنایی با مراکز ارایه دهنده خدمات سلامت و یا کارکنان سلامت توسط بیماران و خانواده آن‌ها گزارش شده است (۵۰). برخی تحقیقات این‌گونه نتایج را بیانگر عدم اعتماد مددجویان به کیفیت مراقبت و اطلاعات ارایه شده توسط برخی مراکز یا کارکنان خدمات سلامت می‌دانند و عواملی مانند رفتارهای ضعیف کارکنان، نبود حس همدلی، زمان انتظار طولانی، مسافت طولانی، عدم دریافت مشاوره صحیح از کارکنان و کیفیت پایین مراقبت ناشی از ازدحام در مراکز درمانی از جمله دلایل مهم بی‌اعتمادی مردم به کارکنان سلامت معرفی شده‌اند (۵۱، ۳۹).

در نتایج به دست آمده، جستجوی اطلاعات سلامت در طی سایر تعاملات اجتماعی معمول با اعضای خانواده، دوستان و آشنایان مطلع به عنوان اولین اولویت بیشتر زنان بود و مراجعه به این افراد به دلیل تأمین حس مشترک و عمیق ترجیح داده می‌شد یا گاهی از این طریق به طور تصادفی اطلاعات مفیدی برای اصلاح سبک زندگی و کسب مهارت‌های خودمراقبتی جریان پیدا می‌کرد. این نتایج مشابه گزارش‌های علمی سایر کشورهای آسیایی و یا غربی می‌باشد (۵۳، ۵۲، ۱۹، ۱۸). در برخی تحقیقات اطلاعات این منابع قابل اعتمادتر و متقاعدکننده‌تر از حرفه‌های سلامت ذکر شده است (۵۴). این‌گونه نتایج را از دو منظر می‌توان بررسی کرد؛ از یک طرف مراجعه به منابع غیر رسمی و غیر علمی می‌تواند نگرانی‌هایی را در مورد احتمال مبادله اطلاعات سلامت غلط در بین مددجویان مطرح کند، اما از طرف دیگر از این منابع می‌توان به عنوان عوامل کلیدی و با قدرت برای انتشار

جستجوی اطلاعات سلامت زنان ایرانی ارایه کرد. آنچه که از تجربیات زنان مشارکت کننده در مطالعه استنباط می‌شود، این است که آن‌ها در بیشتر مواقع برای تکمیل اطلاعات موردنیاز خود یا برای کسب حمایت‌های عاطفی و روانی‌شان مراجعه به منابع دیگر را ترجیح می‌دهند. این نتایج می‌تواند بیانگر ناکافی بودن اطلاعات ارایه شده توسط کارکنان بخش سلامت باشد. به عبارت دیگر، نباید در اطلاع‌رسانی محدود به این گروه بود. گزارش مطالعات قبلی در ایران (۳۸) و سایر کشورها (۳۹، ۱۹) نیز به طور پراکنده بیانگر نتایج مشابهی می‌باشد. بنابراین ضرورت توجه به این چالش مهم در بیشتر متون مورد تأکید قرار گرفته است (۴۲-۴۰). برخی مطالعات عوامل سازمانی از قبیل فشارهای زمانی و محدودیت‌های ناشی از سیاست‌های سلامت را عاملی برای کاهش ظرفیت و قدرت کارکنان در جهت حمایت از رفتارهای جستجوگری زنان معرفی کرده‌اند (۴۴، ۴۳) که می‌تواند نشان دهنده مغایرت انتظارات و خواسته‌های مددجویان با برنامه‌ها و مفروضات نظام سلامت باشد؛ به طوری که در جلب رضایت مشتریان و ارضای نیازها و خواسته‌های آنان و ارایه خدمات مشتری‌مدار به موفقیت‌های کمتری نایل شده‌اند.

توجه عمیق‌تر به بیانات مشارکت کنندگان، اهمیت مهارت‌های ارتباطات انسانی در ارایه اطلاعات سلامت را برای مراقبین سلامت به شکل پررنگ‌تری نمایان می‌کند. زنان شرکت کننده در پژوهش چون فاصله چندانی را از نظر اجتماعی و فرهنگی با هم‌تایان درک نمی‌کردند، بنابراین ارتباط با آن‌ها را راحت‌تر و همراه با حس همدلی و همدردی بیشتر درک کرده، در نهایت اطلاعات آنان را کاربردی‌تر و کامل‌تر بیان نمودند. مرور متون موجود نیز بیانگر نقش بسیار مهم و مثبت هم‌تایان در تبادل اطلاعات سلامت بین گروه‌های مختلف و جوامع دیگر می‌باشد (۴۹-۴۵). با این تفاوت که در بیشتر گزارش‌های موجود، تعاملات اجتماعی در محیط‌های مجازی و از طریق اینترنت انجام گرفته است، ولی با توجه به گستردگی روابط خانوادگی و بین فردی موجود در فرهنگ ایرانی، تعاملات بیشتر به صورت سنتی انجام می‌شود. بی‌شک چنین روابطی پایاتر، عمیق‌تر و تأثیرگذارتر از

اطلاعات سلامت مفید و صحیح سود جست.

مراجعه به اینترنت برای کسب اطلاعات اولیه، قبل از مراجعه به مراکز مراقبت سلامت و یا تکمیل اطلاعات ارایه شده توسط کارکنان سلامت انجام می‌شد. برخی از مطالعات نیز بیانگر مراجعه به اینترنت در پاسخ به اطلاعات ناکافی ارایه شده توسط حرفه‌های سلامت یا نبود فرصت‌های کافی برای بحث در مورد سؤالات می‌باشد (۵۶، ۵۵، ۲۰). با وجود این که زنان اینترنت را به عنوان منبع ارزان، سریع و در دسترس ترجیح می‌دادند، اما در عمل استفاده از آن را برای ارضای نیازهای اطلاعاتی‌شان ناکارآمد می‌دانستند که می‌تواند ناشی از عدم آشنایی به زبان انگلیسی (۲۵)، محدودیت سواد اطلاعاتی و سواد سلامت (۵۷، ۵۲) و یا نبود پایگاه‌های پزشکی معتبر و فارسی زبان باشد (۲۹).

زنان به طور گسترده از منابع چاپی برای ارضای نیازهای اطلاعاتی خود استفاده می‌کردند که با نتایج گزارش شده توسط Wang و همکاران (۱۰) مطابقت دارد. در مورد اطلاعاتی که جستجوی آن‌ها به راحتی در ارتباطات بین فردی میسر نیست، استفاده از منابع چاپی کاربردی‌تر تلقی گردید (۵۸، ۵۲، ۳۹). کارکنان سلامت با الهام از این یافته‌ها می‌توانند در خصوص موضوعاتی که حدس زده می‌شود شرم و حیا مانع سؤال درباره آن‌ها شده، حساسیت نشان می‌دهند و ارایه این‌گونه اطلاعات را به روش‌های غیر حضوری بر نامه‌ریزی کنند تا از این طریق احترام به حریم و قلمرو افراد مدنظر قرار گیرد.

زنان از آموزه‌های فرهنگی و مذهبی به عنوان منبع مهم و ارزشمندی برای جستجوی اطلاعات سلامت و رسیدن به سبک زندگی سالم و کسب آرامش بهره می‌بردند. نتایج مطالعات دیگر نیز نشان دهنده نقش مثبت آموزه‌های دینی در ارتقای سبک زندگی سالم (۵۹)، سلامت جسمی (۶۰)، روانی و ارتقای سازگاری زناشویی (۶۱) می‌باشد. بنابراین استفاده از گرایش‌های مذهبی مددجویان و منابع و متخصصین مختلف در این حیطه می‌تواند نقطه قوتی برای ارتقای سلامت جامعه باشد.

علاوه بر این، اطلاعات مبتنی بر طب سنتی نیز به عنوان منبع مورد علاقه زنان به ویژه در موقعیت‌های مزمن و خفیف

سلامت ذکر شد. اثرات شفابخشی استفاده از روش‌های سنتی برای درمان بیماری‌های عفونی، اثرات ضد التهابی و ضد اکسیدانی و... توسط مطالعات متعدد در سراسر دنیا به اثبات رسیده است (۶۵-۶۲). تمایل مددجویان به استفاده از روش‌های طب سنتی می‌تواند نقطه قوتی برای ارایه خدمات سلامت فرهنگ محور باشد.

بر اساس نتایج گزارش شده در متون، این‌گونه اطلاعات سینه به سینه بین نسل‌های مختلف گشته است و بزرگان و سالمندان به طور معمول منابع مهمی برای چنین اطلاعاتی می‌باشند. حساس نمودن محتوای برنامه‌های آموزش سلامت به فرهنگ و مذهب به شکلی که منعکس کننده باورها و ارزش‌های فرهنگی و مذهبی مردم باشد، می‌تواند گام مؤثری در ارتقای رفتارهای سالم در جامعه باشد. تعداد معدودی از زنان از خودشان به عنوان منبع اطلاعات سلامت یاد کردند. نتایج مشابه معدودی در مرور متون یافت شد؛ به طور مثال در مطالعات انجام شده در آمریکا، زنان باردار خودشان را به عنوان منبع اطلاعاتی معرفی نموده‌اند (۶۶، ۵۳).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با وجود داشتن محدودیت‌های مطالعات کیفی، دیدگاه جدیدی را در خصوص حضور منابع غیر رسمی متعددی در فرایند جستجوی اطلاعات سلامت مردم ارایه کرد. یکی از مهم‌ترین دستاوردهای مطالعه، ضرورت تأکید بر منابع غیر رسمی اطلاعات سلامت و تقویت و غنی‌سازی آن‌ها می‌باشد. همچنین یافته‌ها حمایت بیشتر برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت از رفتارهای جستجوگری مددجویان و یا تطبیق برنامه‌های آن با واقعیت‌های زندگی مردم و انتظارات آنان را نمایان می‌سازد. بنابراین بازنگری در سیاست‌های نظام سلامت در جهت ارایه اطلاعات سلامت فرهنگ محور و مشتری‌مدار با تأکید بر مهارت‌های ارتباطات مؤثر بین فردی حرفه‌های مراقبت سلامت، احترام به حریم شخصی، باورها، اعتقادات مذهبی و نگرانی‌های مددجویان و مشارکت دادن آنان در مراقبت سلامت و تشویق به خودمراقبتی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین توانمندسازی فارغ‌التحصیلان در جهت

فرهنگ محور و مددجو مدار و از طریق خدمات سلامت جامعه‌نگر نیز از دیگر ضروریات مهم است.

حمایت از نیازهای اطلاعاتی مددجویان و سوق دادن مردم به سایر حرفه‌های سلامت (به غیر از پزشکان) مانند پرستاران و ماماها به عنوان منابع غنی، ارزان و در دسترس برای جستجوی اطلاعات سلامت، می‌تواند راهبرد مؤثری در جهت حمایت از اطلاعات سلامت مددجویان باشد. توانمندسازی و به کارگیری ظرفیت‌های منابع محلی، غیر رسمی و مورد اعتماد مردم، ارایه اطلاعات سلامت به صورت در دسترس و

تشکر و قدردانی

از همکاری ارزشمند تمامی مشارکت کنندگان در این مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Evans-Hudnall GL, Stanley MA, Clark AN, Bush AL, Resnicow K, Liu Y, et al. Improving secondary stroke self-care among underserved ethnic minority individuals: a randomized clinical trial of a pilot intervention. *J Behav Med* 2014; 37(2): 196-204.
2. Skinner TC, Bruce DG, Davis TM, Davis WA. Personality traits, self-care behaviours and glycaemic control in type 2 diabetes: the Fremantle diabetes study phase II. *Diabet Med* 2014; 31(4): 487-92.
3. Martinez Otero JM. [Patients' autonomy and right to the information: from the recognition of rights, to the loss of confidence. Reflections on the new regulation about patients' rights at the end of life]. *Cuad Bioet* 2012; 23(77): 151-67.
4. Aungst RB. Healthy people 2020. *Perspectives on Audiology* 2011; 7: 29-33.
5. Radina ME, Ginter AC, Brandt J, Swaney J, Longo DR. Breast cancer patients' use of health information in decision making and coping. *Cancer Nurs* 2011; 34(5): E1-12.
6. Wang W, Yu N. Coping with a new health culture: acculturation and online health information seeking among Chinese immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health* 2014.
7. Earl M, Oelschlegel S, Breece A. Impact of a consumer and patient health information service on user satisfaction, attitudes, and patient-health care professional interactions. *Journal of Consumer Health on the Internet* 2012; 16(2): 192-212.
8. Youash S, Campbell MK, Avison W, Penava D, Sharma V, Xie B. Influence of health information levels on postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16(6): 489-98.
9. Nambisan P. Information seeking and social support in online health communities: impact on patients' perceived empathy. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18(3): 298-304.
10. Wang M, Viswanath K, Lam T, Wang X, Chan S. Social determinants of health information seeking among Chinese adults in Hong Kong. *PLoS One* 2013; 8(8): e73049.
11. Le T, Chaudhuri S, White C, Thompson H, Demiris G. Trust in health information sources differs between young/middle and oldest old. *Am J Health Promot* 2014; 28(4): 239-41.
12. Manganello JA. Media use, health information seeking, and health literacy for adolescents [Online]. [cited 2013 Nov 2]. Available from: URL: <https://apha.confex.com/apha/141am/webprogram/Paper290788.html>
13. Ellis J, Mullan J, Worsley A, Pai N. The role of health literacy and social networks in arthritis patients' health information-seeking behavior: a qualitative study. *International Journal of Family Medicine* 2012; 2012: 6.
14. Miller LM, Bell RA. Online health information seeking: the influence of age, information trustworthiness, and search challenges. *J Aging Health* 2012; 24(3): 525-41.
15. Powell J, Inglis N, Ronnie J, Large S. The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. *J Med Internet Res* 2011; 13(1): e20.
16. Koch-Weser S, Bradshaw YS, Gualtieri L, Gallagher SS. The internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *J Health Commun* 2010; 15(Suppl 3): 279-93.
17. Yilmazel G, Akbulut AB, Duman N. Media sources for seeking health information in women. *Journal of Communication and Computer* 2013; 10(2013): 877-81.
18. Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery* 2014; 30(1): e26-e33.

19. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns* 2005; 57(3): 250-61.
20. Cutilli CC. Seeking health information: what sources do your patients use? *Orthop Nurs* 2010; 29(3): 214-9.
21. Chan YM. Trust and health information seeking behavior: results from the 2012 health information national trends survey. *International Journal of Health Sciences and Research* 2012; 2(7): 70-8.
22. Percheski C, Hargittai E. Health information-seeking in the digital age. *J Am Coll Health* 2011; 59(5): 379-86.
23. Yi YJ, Stvilia B, Mon L. Cultural influences on seeking quality health information: An exploratory study of the Korean community. *Library and Information Science Research* 2012; 34(1): 45-54.
24. Alishahi-Tabriz A, Sohrabi MR, Kiapour N, Faramarzi N. Addressing the changing sources of health information in Iran. *Int J Prev Med* 2013; 4(1): 33-41.
25. Dastjerdi M. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. *Int J Equity Health* 2012; 11: 9.
26. Shieh C, Broome ME, Stump TE. Factors associated with health information-seeking in low-income pregnant women. *Women Health* 2010; 50(5): 426-42.
27. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides Dev Med Educ* 2007; 4(1): 1-9. [In Persian].
28. Moradi M, Salehi M, Arianpoor A. A study of the reasons for shortcomings in establishment of internet financial reporting in Iran. *African Journal of Business Management* 2011; 5(8): 3312-21.
29. Ameripour A, Nicholson B, Newman M. Conviviality of Internet social networks: An exploratory study of Internet campaigns in Iran. *Journal of Information Technology* 2010; 25: 244-57.
30. Gholami M, Fallahi KM, Maddah SS, Ahmadi F, Khankeh H. Barriers to health information seeking in Iranian patients with cardiovascular disease: a qualitative study. *Heart Lung* 2014; 43(3): 183-91.
31. Warner D, Procaccino JD. Toward wellness: Women seeking health information. *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 2004; 55(8): 709-30.
32. Reczek C, Umberson D. Gender, health behavior, and intimate relationships: lesbian, gay, and straight contexts. *Soc Sci Med* 2012; 74(11): 1783-90.
33. Boudioni M, McPherson K, Moynihan C, Melia J, Boulton M, Leydon G, et al. Do men with prostate or colorectal cancer seek different information and support from women with cancer? *Br J Cancer* 2001; 85(5): 641-8.
34. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
35. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
36. Pope C, van RP, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(2): 148-52.
37. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, Editors. *Handbook of qualitative research*. London, UK: Sage Publications, 1994. p. 163-94.
38. Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Aguilar-Vafaie ME. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *East Mediterr Health J* 2007; 13(5): 1160-9.
39. Rahman SA, Kielmann T, McPake B, Normand C. Healthcare-seeking behaviour among the tribal people of Bangladesh: Can the current health system really meet their needs? *J Health Popul Nutr* 2012; 30(3): 353-65.
40. Alpay L, Verhoef J, Xie B, Te'eni D, Zwetsloot-Schonk JH. Current challenge in consumer health informatics: bridging the gap between access to information and information understanding. *Biomed Inform Insights* 2009; 2(1): 1-10.
41. Maibach EW, Weber D, Massett H, Hancock GR, Price S. Understanding consumers' health information preferences: development and validation of a brief screening instrument. *J Health Commun* 2006; 11(8): 717-36.
42. Stavri PZ. Personal health information-seeking: a qualitative review of the literature. *Stud Health Technol Inform* 2001; 84(Pt 2): 1484-8.
43. Dykes F. A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery* 2005; 21(3): 241-52.
44. McCourt C. Supporting choice and control? Communication and interaction between midwives and women at the antenatal booking visit. *Soc Sci Med* 2006; 62(6): 1307-18.
45. Faith J. Healthcare processes and the use of online peer-to-peer forums for weight loss information [Online]. [cited 2014 Jun 3]; Available from: <http://ir.library.oregonstate.edu/xmlui/handle/1957/48867>

46. Dwyer AA, Quinton R, Morin D, Pitteloud N. Identifying the unmet health needs of patients with congenital hypogonadotropic hypogonadism using a web-based needs assessment: implications for online interventions and peer-to-peer support. *Orphanet J Rare Dis* 2014; 9: 83.
47. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 39.
48. Fuhr DC, Salisbury TT, de Silva MJ, Atif N, van GN, Rahman A, et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49(11): 1691-702.
49. Salzer MS, Palmer SC, Kaplan K, Brusilovskiy E, Ten HT, Hampshire M, et al. A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2010; 19(4): 441-6.
50. Fallahi Khoshknab M, Maddah S, Khankeh HR, Gholami M. Information needs of patients with cardiovascular disease in health information seeking process: A qualitative study. *Journal of Health Promotion Management* 2014; 2(4): 33-49.
51. Pettersson KO, Christensson K, de Freitas EG, Johansson E. Adaptation of health care seeking behavior during childbirth: focus group discussions with women living in the suburban areas of Luanda, Angola. *Health Care Women Int* 2004; 25(3): 255-80.
52. Das A, Sarkar M. Pregnancy-related health information-seeking behaviors among rural pregnant women in India: validating the Wilson model in the Indian context. *Yale J Biol Med* 2014; 87(3): 251-62.
53. Lewallen LP. Healthy behaviors and sources of health information among low-income pregnant women. *Public Health Nurs* 2004; 21(3): 200-6.
54. Yee L, Simon M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. *J Adolesc Health* 2010; 47(4): 374-80.
55. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. What is the impact of the internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth* 2011; 38(4): 336-45.
56. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns* 2006; 63(1-2): 24-8.
57. Warren JR, Kvasny L, Hecht M, Burgess D, Ahluwalia J, Okuyemi K. Barriers, control and identity in health information seeking among African American women. *Journal of Health Disparities Research and Practice* 2009; 3(3): 5.
58. Laz TH, Berenson AB. Racial and ethnic disparities in internet use for seeking health information among young women. *J Health Commun* 2013; 18(2): 250-60.
59. Nameni F, Yousefi Zadeh S, Gomakani N, Najafi M, Ebrahimi M, Modarres Gheravi M. Evaluating the effect of religious-based sex education on sexual function of married women. *Evid Basic Care* 2014; 4(2): 53-62. [In Persian].
60. Delshad Noghabi A. Mouth and dental health in manner and instructions of Islam prophet (PBUH). *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2007; 6(4): 7-14. [In Persian].
61. Yousefzadeh S, Nameni F, Golmakani N, Najafi M, Ebrahimi M, Modarres Gharavi M. Investigating the effects of sex education based on religious education on marital adjustment in married women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(84): 10-9. [In Persian].
62. Gautam R, Saklani A, Jachak SM. Indian medicinal plants as a source of antimycobacterial agents. *J Ethnopharmacol* 2007; 110(2): 200-34.
63. Lamorde M, Tabuti JR, Obua C, Kukunda-Byobona C, Lanyero H, Byakika-Kibwika P, et al. Medicinal plants used by traditional medicine practitioners for the treatment of HIV/AIDS and related conditions in Uganda. *J Ethnopharmacol* 2010; 130(1): 43-53.
64. Tabuti JR, Kukunda CB, Waako PJ. Medicinal plants used by traditional medicine practitioners in the treatment of tuberculosis and related ailments in Uganda. *J Ethnopharmacol* 2010; 127(1): 130-6.
65. Abdillahi HS, Finnie JF, van Staden J. Anti-inflammatory, antioxidant, anti-tyrosinase and phenolic contents of four *Podocarpus* species used in traditional medicine in South Africa. *J Ethnopharmacol* 2011; 136(3): 496-503.
66. Aaronson LS, Mural CM, Pfoutz SK. Seeking information: where do pregnant women go? *Health Educ Q* 1988; 15(3): 335-45.

Sources of Women's Health Information: A Qualitative Study

Sakine Sabzevari¹, Alirezah Nikbakht Nasrabadi², Tayebeh Negahban Bonabi³

Original Article

Abstract

Introduction: Equipping individuals with adequate knowledge on health can lead to optimal health outcomes. Scientific reports indicate clients' challenges in trusting and accessing formal health information sources. This study was designed to determine the sources of Iranian women's health information.

Method: Study samples were selected through purposive sampling and with regarding to the inclusion criteria. Data were collected through semi-structured interviews with 17 women and using documentation and field notes until data saturation. Data were analyzed continuously and simultaneous with data collection using qualitative content analysis.

Results: The 5 central themes of health care professionals, social networks (with 2 sub-categories of peers and social interactions), culture and religion (with 3 sub-categories of religious teachings, traditional medicine information, and experiences of elders and seniors), mass media (with 3 sub-categories of electronic media, print media, and internet), and self-referencing (with 2 sub-categories of self-discovery-intuition and prior experiences) emerged from data analysis.

Conclusion: These findings highlighted the need for respecting the cultural and religious beliefs of a community, and also emphasized clients' seeking rights, information needs, and empowerment in employment of formal and informal sources.

Keywords: Women, Sources, Health information, Seeking rights

Citation: Sabzevari S, Nikbakht Nasrabadi A, Negahban Bonabi T. **Sources of Women's Health Information: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2015; 3(4): 349-62.

Received date: 8.10.2014

Accept date: 12.02.2015

1- Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD Student, Department of Public Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Tayebeh Negahban Bonabi, Email: negahbant@yahoo.com