جلد هشتم، شماره سوم (پاییز ۱۴۰۰): ۲۹-۱۹
http://hii.khu.ac.ir
مقاله اصیل پژوهشی

ارائه مدل مفهومی اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور

زهرا خواجه‌علی‌جهانتیغی: مربی، گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
***زهرا اباذری:** دانشیار، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) abazari391@yahoo.com
زهره میرحسینی: دانشیار، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال، تهران، ایران.
فهیمه باب الحوائجی: دانشیار، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

چکیده

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۵

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت خودمراقبتی برای افراد ، هدف پژوهش ارائه مدل مناسب برای اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشورمی باشد.

روش: این پژوهش ازنظر هدف، کاربردی، ازنظر نحوه جمع‌آوری داده‌ها به شکل کمی و ازنظر روش اجرای پژوهش از نوع پیمایشی مقطعی می باشد. جامعه آماری کمی، شامل کادر پزشکی و درمانی بیمارستان‌های آموزشی درمانی ایران می‌باشد. براساس حجم جامعه آماری ۵۰۰۰ هزار نفری و براساس فرمول کوکران تعداد ۳۵۶ نفر نمونه اولیه تعیین شد. ابزار گردآوری داده های تحقیق ، پرسشنامه استاندارد تحقیق کیفی خواجه علی و همکاران(۲۰۲۰) می باشد که شامل ۲ بعد، ۱۴ مؤلفه و ۹۲ سوال بود.

یافته ها: بر اساس تحلیل عاملی انجام شده در نرم افزار AMOS کلیه پارامترهای مدل تحلیل عاملی اطلاع رسانی و خودمراقبتی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنا دار می باشند و مدل از برازندگی مطلوبی برخوردار است. در بعد خود مراقبتی، مؤلفه‌های خود مراقبتی خدمات درمانی دارای وزن ۰/۴۲۲ و در مؤلفه اصلاح ۰/۹۲۴ و در مراقبت‌های رفتاری ۰/۴۱۷ به دست آمده است. ضمناً برای مؤلفه مشارکت در مراقبت ۰/۹۲ برای پیشگیری ۰/۸۹۷ ، مؤلفه مراقبت‌های فردی ۰/۴۸۲ برای مؤلفه رضایت ۰/۴۴۸ و مراقبت‌های محیطی ۰/۵۰۲ برای سلامت ۰/۸۵۲ به‌دست‌آمده است. در مورد بعد اطلاع‌رسانی برای مؤلفه دانش و معرفت ۰/۹۰۷، برای پردازش ۰/۸۵۲ برای توزیع اخبار ۰/۸۸۷ برای آگاهی ۰/۷۹۸ به‌دست‌آمده است. ضمناً برای ابعاد اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی به ترتیب وزن ۰/۶۹ و ۰/۷۷ به‌دست‌آمده است.

نتیجه گیری: در این مدل، وظیفه اصلی مراقبت از بیماران مزمن بر عهده تیم مراقبت اولیه است و پزشکان مراقبت اولیه ، بخش قابل توجهی از وقت خود را صرف مراقبت از بیماران مزمن می‌کنند. از آنجا که در این مدل، مراقبت از بیماران در واحدهای ارائه خدمت که خود جزئی از نظام سلامت هستند ، رخ می‌دهد و نظام سلامت هم جزئی از جامعه‌ی بزرگ‌تر در برگیرنده آن است، نوعی مراقبت مشارکتی در جریان است. یکی از مهم‌ترین نتایج پژوهش‌های رفتار اطلاعاتی کمک به متخصصان علم اطلاعات است تا بتوانند از نیازهای اطلاعاتی جامعه هدف خود مطلع شده تا از آن طریق بتوانند برنامه‌ریزی لازم برای تهیه منابع اطلاعاتی برای خود مراقبتی بیماران نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور انجام دهند. با توجه به مدل به دست آمده ، مراقبت مشارکتی می تواند در راستای مراقبت از بیماران و اطلاع رسانی خودمراقبتی به آنان نتیجه مطلوبی در نظام اطلاع رسانی پزشکی کشور به بار آورد .

کلیدواژه ها: مدل مفهومی ، نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور، نظام سلامت، اطلاع‌رسانی ، خود مراقبتی بیماران

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله

APA: khajehali jahantighi , z. Abazari, z. Mirhosseini , z. Babalhavaeji , f . (2021) . Presenting a conceptual model of self-care information to patients in Iranian medical information system. *Human Information Interaction*, 8(3);19-29. (Persian)

Vancouver: : khajehali jahantighi , z. Abazari, z. Mirhosseini , z. Babalhavaeji , f . Presenting a conceptual model of self-care information to patients in Iranian medical information system. *Human Information Interaction*. 2021;8(3):19-29. (Persian)

انتشار مجله تعامل انسان و اطلاعات با حمایت مالی دانشگاه خوارزمی انجام می‌شود.
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

Human Information Interaction. Vol. 8, No. 3 (Fall 2021):19-29.
http://hii.khu.ac.ir
Original Article

Presenting a conceptual model of self-care information to patients in Iranian medical information system

Zahra khajeali jahantighi: Instructor, Department of Knowledge & Information Sciences, Payam-e-noor University, Tehran, Iran.
***Zahra abazari:** Associate professor, Department of Knowledge & Information Sciences, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding author) abazari391@yahoo.com
Zohre Mirhosseini: Associate professor, Department of Knowledge & Information Sciences Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Fahame Babalhavaeji: Associate professor, Department of Knowledge & Information Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Received: 03/09/2021 Accepted: 27/10/2021

Abstract
Background and Aim: The aim is to provide an appropriate patients informative model of self-care for the medical information system of the country.
Methodology: This is an applied survey research. Through Cochran's formula sample of 356 individuals were selected from the population of 5,000 individuals. Khajeh Ali (et al., 2020) Qualitative Standard Research Questionnaire (with 2 dimensions, 14 components and 92 questions) was used.
Findings: It was revealed that all parameters of the self-care informing factor analysis model of patients in the medical informing system are significant at 95% confidence level and the model has a good fit. Also, care of medical services has a weight of 0.422, the correction component is 0.924 and behavioral care is 0.417. Meanwhile, 0.92 for the component of participation in care, 0.897 for prevention, for the component of personal cares, 0.482, and 0.448 for the component of satisfaction, 0.502 for the component of environmental cares and 0.852 for health have been acquired. Regarding the information dimension, 0.907 for science and knowledge component, 0.852 for processing, 0.887 for news distribution, and 0.798 for knowledge have been acquired. In addition, for the dimensions of information and self-care, weights of 0.69 and 0.77 were obtained, respectively.
Conclusion: Chronic care is the duty of the primary care team with physicians giving extensive part of their time. Since patient care occurs in service delivery units - part of health system and of a larger community – ensuing participatory care. Information behavior research is to help science professionals to be knowledgeable about the information needs of their target community to make the required planning to offer information resources for patient self-care of the country. Obtained model could bring promising result in the medical information system.

Keywords: Conceptual Model, National Medical Information System, Health System, Information, Patients Self-Care.

Conflicts of Interest: None
Funding: None.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

How to cite this article

APA: khajehali jahantighi , z. Abazari, z. Mirhosseini , z. Babalhavaeji , f . (2021) . Presenting a conceptual model of self-care information to patients in Iranian medical information system. *Human Information Interaction*, 8(3);19-29. (Persian)

Vancouver: : khajehali jahantighi , z. Abazari, z. Mirhosseini , z. Babalhavaeji , f . Presenting a conceptual model of self-care information to patients in Iranian medical information system. *Human Information Interaction*. 2021;8(3):19-29. (Persian)

The journal of *Human Information Interaction* is supported by Kharazmi University, Tehran, Iran.
This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

یکی از عوامل تعیین کننده و موثر در حفظ سلامتی و پیشگیری از تشدید علائم و نشانه های بیماری های مزمن انجام رفتارهای خودمراقبتی است(سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). خودمراقبتی در تمام طیف سلامت و بیماری معنی پیدا می‌کند و مراقبت‌های بهداشتی در طیفی قرار می‌گیرند که دامنه‌اش از خودمراقبتی ۱۰۰ درصد (مثل مسواک زدن منظم روزانه) تا مراقبت حرفه‌ای ۱۰۰ درصد (مثل جراحی اعصاب) متغیر است. بخشی از ناخوشی‌های جزیی، بیماری‌های مزمن و بیماری‌های حاد، نیازمند مراقبت‌های پزشکی حرفه‌ای است؛ و هدف خودمراقبتی، این است که بخش حرفه‌ای مراقبت از این بیماری‌ها را به حداقل برساند (بونو، مان و زیپس[1]، ۲۰۱۶). خودمراقبتی[2] شامل اقداماتی است آموختنی، آگاهانه و هدفمند که هر فردی برای خود، خانواده و دیگران انجام می‌دهد تا سالم بماند، از سلامت جسمی و روانی خود حفاظت کند، نیازهای اجتماعی خود را برآورده سازد، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کند، از ناخوشی‌ها و بیماری‌های مزمن مراقبت کند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کند. خودمراقبتی به وضوح موجب افزایش کارآیی و مهارت‌های فردی ما می‌شود (وانگ[3]، ۲۰۱۵). حیطه‌های خودمراقبتی ارتقای سلامت شامل اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان‌بخشی می‌باشد (بونو، مان و زیپس، ۲۰۱۶).رفتار مراقبت از خود، به بیماران کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی زندگی روزانه خود داشته باشند و بتوانند از عهده عملکرد اجتماعی خود برآیند و بدین‌وسیله کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهند. مراقبت از خود نقطه عطفی در کنترل مناسب بیماری‌ها بوده و برنامه‌های خودکنترلی موثرترین روش در کنترل کردن بیماری می‌باشند.

با توجه به نقش مهم اطلاعات فرگوسن[4] (۱۹۹۲) در یک هرم شش سطحی، جایگاه و نقش اطلاعات در هریک از مراحل تلاش خود مراقبتی را تشریح می‌کند. سطح اول تلاش خود مراقبتی زمانی آغاز می‌شود که فرد قبل از مشورت با پزشک و متخصصان درمان، به دنبال اطلاعاتی برای مدیریت بیماری خود می‌گردد. در سطح دوم فرد از اطلاعات دوستان و اعضای خانواده برای مدیریت بیماری استفاده می‌کند. در سطح سوم به سراغ گروهی از افراد که بیماری مشابهی دارند می‌رود آن‌ها براساس تجربیات خود به ارائه اطلاعات به وی می‌پردازند. سطح چهارم شروع ارتباط بیمار با پزشکان و متخصصان درمان است. در این سطح فرد راهنمایی و مشاوره‌های لازم را از پزشک دریافت می‌کند ولی هنوز نقش اصلی را خود در فرایند مدیریت بیماری‌اش ایفاء می‌کند. در سطح پنجم پزشکان و متخصصان سلامت صرفاً مشاور بیمار نیستند و به همراه بیمار در فرایند درمان و تصمیم‌گیری به ایفای نقش می‌پردازند. سطح ششم که آخرین سطح از سطوح تلاش خود مراقبتی است زمانی آغاز می‌شود که پزشک مسئولیت اصلی در فرایند درمان را بر عهده می‌گیرد. فرگوسن معتقد است که سطح ششم برای کمتر از یک درصد از مشکلات سلامتی کاربرد دارد. هرم فرگوسن نمود روشنی بر اهمیت نقش اطلاعات در تلاش خود مراقبتی فرد است (زینالی و همکاران، ۱۳۹۶).

بنابراین اصل مهم در خودمراقبتی، دریافت اطلاعات مناسب در زمینه بیماری از طرف خود بیمار است تا با شناخت بیماری وپیامدهای آن به انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود تا جایی که در سند ملی سلامت کشور، مطالعات مربوط به برنامه‌های خودمراقبتی به عنوان اولویت در نظر گرفته شده‌اند.مشارکت بیماران در درمان و ایفای رفتارهای مناسب مراقبت از خود در هنگام بیماری از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی در بیماران می‌باشد. گسترش واژه مراقبت از خود در بیماری‌ها به علت تغییر الگوی بیماری از حاد به مزمن، تغییر ایدئولوژی از درمان به پیشگیری، منابع اقتصادی محدود و کوتاه نمودن مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان بسیار مورد توجه قرار گرفته است (ابوطالبی و همکاران، ۱۳۹۲).

در عصر حاضر روند تغییر ساختار جمعیتی ، الگوی بیماری‌ها و فشار مالی بی‌سابقه‌ای که بر سیستم ارائه خدمات عمومی تحمیل شده ، ما را نیازمند ارائه رویکردی جدید و متفاوت برای مراقبت بهتر و متناسب با نیازهای حال و آینده می‌سازد . مردم در این رویکرد به عنوان خالقان سلامت کنترل بیشتری بر سلامت خواهند داشت و با تکیه بر مدل مفهومی متناسب اطلاع‌رسانی خودمراقبتی می توانند از مراقبت‌های جامع نظام سلامت را به جای مراقبت‌های پراکنده و نامنسجم اجرا نمایند . از این رو افراد از طریق خودمراقبتی می‌توانند به سلامتی و طول عمر بیشتری دست یابند و از ابتلاء به انواع بیماری‌های روحی و جسمی پیشگیری کنند. خودمراقبتی شامل اعمالی اکتسابی، آگاهانه و هدف‌دار است که مردم برای خود، فرزندان و خانواده‌های‌شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود حفاظت کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند و از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند (گلاجر[5]، ۲۰۱۶).

[1] Bono, Man & Zips
[2] Swlf care
[3] Wong
[4] Fergosen
[5] Glajer

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

نتایج تعدادی از تحقیقات محققان در زمینه اطلاع‌رسانی خودمراقبتی به بیماران در نظام اطلاع رسانی پزشکی به این شرح است : دیوید ،هاوارد ،دالتون[1] (۲۰۱۸) دریافتند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در معرض خطر بستری مکرر به طور بالقوه به دلیل نقص در مراقبت از خود هستند .نتایج تحقیق هانا و سل چوب[2] (۲۰۱۸) نشان داد که پیشگیری از آلودگی رفتارهای خود مراقبتی بر اساس پیشگیری از آلودگی و آگاهی از وضعیت خودیاری و وضعیت اقتصادی به طور قابل توجهی تحت تاثیر قرار گرفته است[]. هئو و همکاران[3] (۲۰۱۵) در نتایج تحقیق خود بیان می‌کنند که عوامل متعدد خود مراقبتی قابل تعدیل برای مردان و زنان به جهت بهبود رفتارهای مراقبت از خود نیاز است، تا هدف قرار داده شوند. .نتایج تحقیق اورکی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد، آموزش توانمندسازی خودمراقبتی باعث افزایش معنی دار امید ، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان گردیده است، پس آموزش خودمراقبتی در سالمندان می تواند در افزایش امید ، شادکامی و کیفیت زندگی در این افراد موثر واقع شود.یافته های پژوهش زینالی و دیگران (۱۳۹۶) جکایت از تفاوت معنا دار توان خودمراقبتی مراقبان بیمار پیش و پس از تجویز اطلاعات سلامت دارد که نشان دهنده تاثید مداخله انجام شده بوده است . فرقدانی و همکاران (۱۳۹۷) یافته‌های پژوهش آنها نشان داد ،وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی در سطح متوسط است و توجه بیشتر در مراقبت‌های درمانی و پرستاری جهت بهبود وضعیت خود مراقبتی ضروری به نظر می‌رسد .

با این همه به نظر می‌رسد نقش اطلاعات در افزایش توانمند سازی فعالیت‌های خود مراقبتی در پژوهش‌ها و تحقیقات علمی کشور نادیده گرفته شده است. امروزه با توجه به تبلیغات گسترده و پایگاه‌های اطلاعاتی متعدد در خصوص خودمراقبتی و اهمیتی که نهادهای ذیربط در این خصوص قائل هستند باز هم شاهد افزایش بیماری‌ها هستیم. بخشی از این افزایش به دلیل عدم شناخت شیوه‌های اطلاع‌رسانی خودمراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور بوده است . به همین دلیل در پژوهش حاضر فرآیند جستجوی اطلاعات سلامت توسط مراقبان سلامت کشور و ارائه آن به بیماران به منظور افزایش توان خودمراقبتی آنها مدنظر بود. از این رو در این پژوهش با تعیین مولفه‌ها و شاخص‌های مناسب اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران به ارائه مدلی در این جهت پرداخته شد . پس به نظر می‌رسد این پژوهش می‌تواند با ارائه این مدل در جهت نهادینه‌کردن و فرهنگ‌سازی خودمراقبتی موثر باشد زیرا مراقبان سلامت در بسیاری موارد از یک سو، خود را از دریافت اطلاعات جدید و معتبر بی نیاز دانسته و یا به دریافت اطلاعات مختصر و کم اهمیت بسنده می‌کنند و از سوی دیگر احتمال دارد نحوه دریافت اطلاعات سلامت موثق را از پایگاه‌های اطلاعاتی مورد نظر ندانند. لذا فقدان مدلی منسجم در زمینه تاثیر خدمات اطلاعات سلامت در بیماران بر افزایش توان خود مراقبتی آنها، در تحقیقات ایرانی نیز از دلایلی است که سبب شده این مقوله کمتر مورد توجه قرار گیرد و نقش خدمات اطلاعات سلامت برای بیماران در زمینه افزایش توان خود مراقبتی در نظام سلامت کمتر مورد توجه قرار گیرد. بر این اساس محقق به دنبال این است که مدل مناسب برای اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور چیست؟همچنین میزان اهمیت هر یک از مؤلفه‌های اطلاع‌رسانی خودمراقبتی به بیماران از دیدگاه پرستاران و کادر سلامت چقدر است؟

روش و ابزار تحقیق:

این پژوهش ازنظر هدف، کاربردی، ازنظر نحوه جمع‌آوری داده‌ها به شکل کمی و ازنظر روش اجرای پژوهش از نوع پیمایشی مقطعی می باشد. جامعه آماری بخش کمی، شامل کادر پزشکی و درمانی بیمارستان‌های آموزشی درمانی ایران می‌باشد. که به دلیل تعداد بسیار بالای جامعه کمی پژوهش و نهایتاً عدم دسترسی به همه جامعه، کل جامعه به پنج بخش شرق، غرب، مرکز، شمال و جنوب تقسیم شد. برای انجام تحقیق از هر بخش کشور ۱۰۰۰ نفر به‌صورت خوشه‌ای انتخاب و به‌عنوان جامعه در نظر گرفته شد بنابراین جامعه پژوهش تعداد تقریبی n = ۵۰۰۰ نفر می‌باشند و ازآنجایی‌که پژوهش حاضر درصدد مدل‌سازی بوده است و مدل‌سازی مستلزم انجام عملیات تحلیل عاملی است، لذا داشتن یک نمونه بزرگ به اعتبار نتایج منجر می‌شود. براساس حجم جامعه آماری و براساس فرمول کوکران تعداد ۳۵۶ نفر نمونه اولیه تعیین شد،ولی با توجه به اینکه احتمال می‌رفت بعضی از پرسشنامه‌ها برگردانده نشود لذا ۱۰ درصد احتمال ریزش پرسشنامه وجود داشته، ۳۵ پرسشنامه به ۳۵۶ پرسشنامه اصلی اضافه که تعداد ۳۹۱ پرسشنامه درمجموع توزیع گردید. به جهت افزایش روایی و از این‌رو که حداقل حجم نمونه در پژوهش‌هایی با رویکرد مدل معادلات ساختاری و برای تحلیل داده‌های کمی مورداستفاده قرار خواهد گرفته است. ابزار گردآوری داده های این تحقیق ، پرسشنامه استاندارد تحقیق کیفی خواجه علی و همکاران(۲۰۲۰) که شامل ۲ بعد، ۱۴ مؤلفه و ۹۲ سوال بوده

[1] David, D. Howard, E. Dalton, J
[2] Hana,A,. Sil Choib,J
[3] Heo et al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

که برای اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور تهیه گردیده بود استفاده شده است .

یافته ها :

بر اساس تحلیل عاملی انجام شده در نرم افزار AMOS کلیه پارامترهای مدل تحلیل عاملی اطلاع رسانی و خودمراقبتی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنا دار می باشند . برای ارزیابی برازندگی الگوی معادلات ساختاری از چند شاخص استفاده می‌شود. یک شاخص مورداستفاده، شاخص مجذور کای (X2) است که یک شاخص برازندگی مطلق مدل به‌حساب می‌آید و هر چه از صفر بزرگ‌تر باشد برازندگی مدل کمتراست. وقتی حجم نمونه برابر ۷۵ تا ۲۰۰ باشد مقدار مجذور کای (X2) یک اندازه معقول برازندگی است؛ اما برای مدل‌های با N بزرگ‌تر، مجذور کای (X2) تقریباً همیشه ازنظر آماری معنادار است . و این موجب می‌شود که آماره مجذور کای (X2) تقریباً همیشه مدل را رد کند. ازآنجاکه مجذور کای نسبت به‌اندازه نمونه بسیار حساس است، بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن، یعنی مجذور کای نسبی (X2/df) می‌سنجند. نسبت این شاخص اثر اندازه نمونه را بر مدل مجذور کای به حداقل می‌رساند. چنان چه این شاخص کمتر از ۲ باشد برازندگی عالی و چنان چه بین ۲ تا ۵ باشد، برازندگی خوب و چنان چه بزرگ‌تر از ۵ باشد، برازندگی ضعیف و غیرقابل‌قبول الگو را نشان می‌دهد یکی از شاخص‌های موردنظر در الگوی معادلات ساختاری، شاخص نیکویی برازش (GFI) است که مقادیر آن بین صفر و یک متغیر است و هر چه به یک نزدیک‌تر باشد برازش بیشتری دارد. همچنین شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) یک سنجه کلی برازندگی است و تعداد درجات آزادی را به‌حساب می‌آورد. وقتی این شاخص برابر ۰٫۸۰ یا بیشتر باشد برازش الگو قابل‌قبول است و مقادیر نزدیک به ۰٫۹۵ یک برازش خوب را نشان می‌دهد . شاخص‌های برازندگی مانند شاخص برازش تطبیق (CFI) و شاخص برازندگی افزایشی (IFI) شاخص‌هایی هستند که برازش یک مدل را با مدل پایه که قائل به وجود کوواریانس میان متغیرها نیست، مقایسه می‌کنند . هر چه این شاخص‌ها به ۱ نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است. البته این مقدار باید حداقل ۰٫۹۰ باشد تا مدل موردنظر پذیرفته شود. شاخص برازندگی هنجار نشده که به نام شاخص توکر – لویس (TLI) شناخته می‌شود، برای سنجش برازش بهتر یک الگو نسبت به الگوی مستقل(الگوی صفر، با فرض رابطه صفر بین متغیرها (استفاده می‌شود) .شاخص ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات (RAMSEA) یکی دیگر از شاخص‌های برازندگی است که ریشه دوم میانگین مجذورات باقی‌مانده است و به‌عنوان تابعی از مقدار کواریانس تفسیر می‌شود. براون و کودک، ۱۹۹۳ مقادیر بالاتر از ۰٫۱۰ را برای مدل‌های با برازش ضعیف، بین ۰٫۰۸ تا ۰٫۱۰ را برای مدل‌های با برازش متوسط، بین ۰٫۰۵ تا ۰٫۰۸ برای مدل‌های با برازش مناسب و کمتر از ۰٫۰۵ را برای مدل‌های با برازش عالی، متناسب می‌دانند. تجزیه‌وتحلیل مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش نشان داد که بار عاملی سؤال‌های پرسشنامه برای سنجش متغیرهای پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد اختلاف معنادار با صفر دارند. به‌عبارت‌دیگر این سؤال‌های متغیرهای مربوطه را به‌خوبی سنجیده‌اند. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده در نرم‌افزار AMOS کلیه پارامترهای مدل تحلیل عاملی اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار می‌باشند. برای برازش کلی مدل عاملی اطلاع‌رسانی خود مراقبتی و رابطه آن با سطوح اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی از شاخص‌های برازش مطلق تطبیقی و مقتصد استفاده گردید نتایج نشان داد که مدل موردنظر از دیدگاه هر سه شاخص برازش در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد. در تجزیه‌وتحلیل مدل ساختاری شاهد ضریب همبستگی بین دو متغیر سطح سطوح اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی بوده است که ۵۳ درصد را نشان می‌دهد؛ یعنی با تقویت اطلاع رسانی نسبتاً باعث افزایش نسبی سطح خود مراقبتی بیماران خواهد شد. آزمون فرضیه رابطه بین سطوح اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی براساس شاخص‌های برازش (CMIN/DF=2.976,P-Value=0.0001) و (GFI=0/83,TLI=0/872) و (RMSEA=0/075) نشان داد که ضریب همبستگی بین سطوح اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی مثبت است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

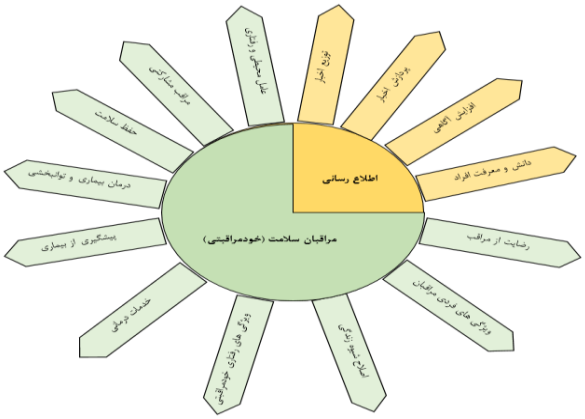
جدول۱. برازش مدل ساختاری مدل نهایی اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور

مدل	شاخص برازش	مقدار	مقدار موردقبول	نتیجه
	کای دو	۸۷۱/۹۶۳	–	–
	درجه آزادی	۲۹۳	–	–
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵	مطلوب
	نسبت کای دوبه درجه آزادی	۲/۹۷۶	۱ تا ۵	مطلوب
	شاخص نکویی برازش	۰/۸۳	۰/۸	مطلوب
مدل ساختاری	شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده	۰/۸۱۶	۰/۸	مطلوب
	شاخص برازش	۰/۸۱۹	۰/۸	مطلوب
	شاخص برازندگی فزاینده	۰/۸۷۲	۰/۸	مطلوب
	شاخص توکر لوییس	۰/۸۵۷	۰/۸	مطلوب
	شاخص برازندگی تطبیقی	۰/۸۷۱	۰/۸	مطلوب
	ریشه میانگین مربعات خطا	۰/۰۷۵	۰/۱>	مطلوب

در جدول ۲ سطح معناداری و نسبت بحرانی و میزان تخمین ضرایب رگرسیونی برای تأثیرگذاری گویه‌ها بر مؤلفه‌ها و تأثیرگذاری مؤلفه‌ها بر ابعاد به‌دست‌آمده است که با توجه به سه ستاره بودن تمام سطوح تخمین می‌توان گفت تأثیرگذاری معنادار بوده است.

جدول۲. وزن‌های رگرسیونی و سطح معناداری روابط و تأثیرگذاری سؤالات، مؤلفه‌ها و ابعاد

مولفه		ابعاد	تخمین	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار معناداری
حفظ سلامت	<---	خود مراقبتی	5/950	5/095	3/168	***
مراقبت مشارکتی	<---	خود مراقبتی	5/110	32/095	4/168	***
درمان بیمار و توانبخشی	<---	خود مراقبتی	5/336	4/593	4/162	***
ویژگی‌های رفتاری خودمراقبتی	<---	خود مراقبتی	4/155	58/033	3/072	***
اصلاح شیوه زندگی	<---	خود مراقبتی	7/163	6/113	4/172	***
پیشگیری از بیماری‌ها	<---	خود مراقبتی	1/000			***
رضایت از مراقب	<---	خود مراقبتی	120/285	130/592	3/921	***
خدمات درمانی	<---	خود مراقبتی	144/187	159/826	4/902	***
ویژگی‌های فردی مراقبان	<---	خود مراقبتی	127/863	128/658	3/994	***
عامل محیطی و رفتاری	<---	خود مراقبتی	79/268	102/359	5/774	***
پردازش اخبار	<---	اطلاع رسانی	/978	/221	4/415	***
افزایش آگاهی	<---	اطلاع رسانی	1/000			***
دانش و معرفت زیاد	<---	اطلاع رسانی	1/259	/231	5/444	***
توزیع اخبار	<---	اطلاع رسانی	/989	/208	4/763	***



شکل۱. الگوی مدل نهایی ابعاد و مؤلفه‌های اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

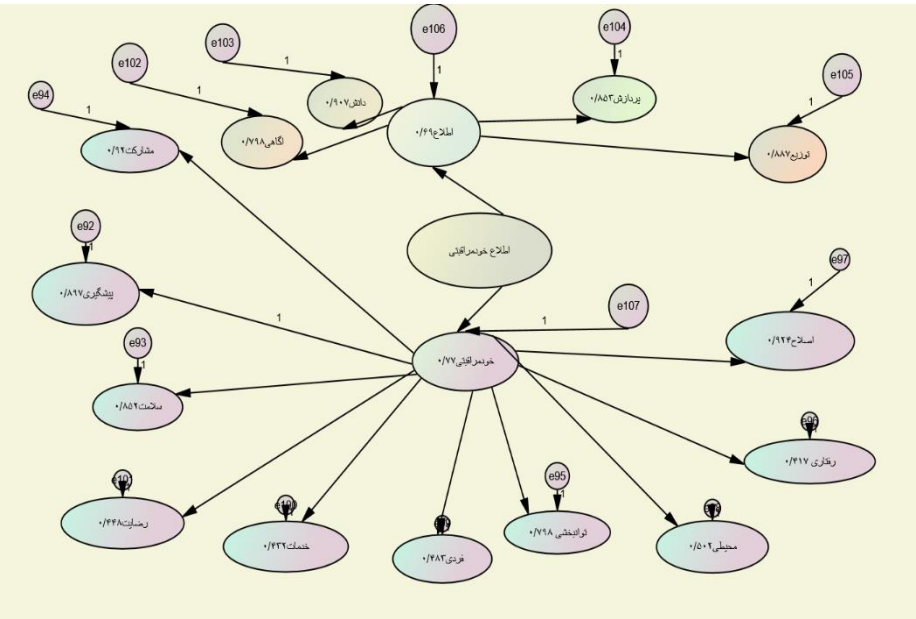
[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

میزان اهمیت هر یک از مؤلفه‌های اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران از دیدگاه پرستاران و کادر سلامت چقدر است؟

مدل تجربی نهایی بر پایه ابعاد اطلاع‌رسانی خود مراقبتی در الگوی (شکل۲)زیر آمده است. در این الگو وزن‌ها بر پایه بارهای عاملی مدل ساختاری شکل‌گرفته و مشخص می‌کند هرکدام از مؤلفه‌ها تا چه اندازه می‌توانند مؤثر باشند. در بعد خود مراقبتی ،مؤلفه‌های خود مراقبتی خدمات درمانی دارای وزن ۰/۴۳۲ و در مؤلفه اصلاح ۰/۹۲۴ و در مراقبت‌های رفتاری ۰/۴۱۷ به‌دست‌آمده است. ضمناً برای مؤلفه مشارکت در مراقبت ۰/۹۲ و برای پیشگیری ۰/۸۹۷ به دست آمده است. در مورد مؤلفه مراقبت‌های فردی ۰/۴۸۲ و برای مؤلفه رضایت ۰/۴۴۸ و مراقبت‌های محیطی ۰/۵۰۲ و برای سلامت ۰/۸۵۲ به‌دست‌آمده است. در مورد بعد اطلاع‌رسانی برای مؤلفه دانش و معرفت ۰/۹۰۷، برای پردازش ۰/۸۵۲ و برای توزیع اخبار ۰/۸۸۷ و برای آگاهی ۰/۷۹۸ به‌دست‌آمده است. ضمناً برای ابعاد اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی به ترتیب وزن ۰/۶۹ و ۰/۷۷ به‌دست‌آمده است.

جدول۳. وزن‌ها و رتبه‌های ابعاد و مؤلفه‌های اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور

ابعاد	وزن‌ها	مؤلفه‌ها	وزن‌ها	رتبه‌ها
خودمراقبتی	۰/۷۷	حفظ سلامت	۰/۸۵۲	۶
اطلاع رسانی	۶۹	درمان بیمار و توانبخش	۰/۷۹۸	۷
		ویژگی‌های رفتاری خودمراقبتی	۰/۴۱۷	۱۴
		مراقبت مشارکتی	۰/۴۵۵	۱۲
		اصلاح شیوه زندگی	۰/۹۲۴	۱
		پیشگیری از بیماری	۰/۸۹۷	۳
		رضایت از مراقبت	۰/۴۴۸	۱۱
		خدمات	۰/۴۳۲	۱۳
		ویژگی‌های فردی مراقبان	۰/۴۸۳	۱۰
		عامل محیطی و رفتاری	۰/۵۰۲	۹
		پردازش اخبار	۰/۸۵۲	۵
		افزایش آگاهی	۰/۷۹۸	۸
		دانش و معرفت زیاد	۰/ ۹۰۷	۲
		توزیع اخبار	۰/ ۸۸۷	۴



شکل۲. مدل اندازه‌گیری نهایی ابعاد و مؤلفه‌های اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

بحث و نتیجه گیری:

تحلیل یافته ها نشان می دهد تقویت سطوح خدمات اطلاعات سلامت باعث افزایش نسبی خودمراقبتی می شود . در تجزیه‌وتحلیل مدل ساختاری شاهد ضریب همبستگی بین دو متغیر سطح سطوح اطلاع‌رسانی و خود مراقبتی بوده‌ایم یعنی تقویت سطوح اطلاع‌رسانی باعث افزایش نسبی سطوح خود مراقبتی خواهد شد. در این راستا زینالی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند تجویز اطلاعات سلامت باعث افزایش توان خود مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سندرم نرمی مفصل می‌شود. اطلاع‌رسانی، گردآوری نگهداری، پردازش و توزیع اخبار، داده‌ها، عکس‌ها، پیام‌ها، نظرات و اظهارنظرهایی برای شناخت و پاسخ به شرایط محیطی، ملی و بین‌المللی است. به‌طور اختصار اطلاعات به افراد اجازه می‌دهد تا در زمینه مسائل مربوطه تصمیم مقتضی و متناسب اتخاذ کنند. (بورنیک، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه مولفه ها و شاخصها از تحلیل کیفی تحقیق به دست آمده بود و در این بخش ، با کمک تحلیل کمی با نرم افزار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است . پیرامون مولفه افزایش آگاهی میرزایی (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان داد با بهبود نحوه جستجوی اطلاعات سلامت، سلامت عمومی بهتر شده است. این یعنی، افراد با افزایش آگاهی، نیاز کمتری به ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره‌ای در مراکز مراقبت اولیه بهداشتی می‌کنند. همچنین ایجاد رفتار مطلوب کسب سلامت و افزایش آگاهی نیازمند اطلاع‌رسانی درست است. افزایش آگاهی باعث تغییر نگرش و تغییر رفتار سلامت، افزایش مشارکت مردم در زمینه سلامتی خود و درخواست برای امکانات بیشتر درمانی، افزایش تبادل اطلاعات بالینی می‌شود و رفتار خود مراقبتی را افزایش می‌دهد. پیرامون متغیر توزیع اخبار می‌توان این یافته را این‌طور تبیین نمود که توزیع اطلاعات ازجمله مسئولیت‌های آموزشی در حوزه سلامت به شمار می‌رود که می‌تواند با استفاده از شبکه‌های اجتماعی، برنامه‌های هنری و تبلیغات در رسانه‌ها موجب تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن گردد. در تبیین متغیر دانش و معرفت افراد می‌توان گفت دانش و معرفت افراد برای شناخت درست و عملی شیوه‌های صحیح زندگی لازم می‌باشد؛ به‌عنوان‌مثال، دانش و معرفت کافی موجب جلوگیری از مصرف بی‌رویه دارو می‌شود. انتقال اطلاعات بهداشت و رفتار بهداشتی را به جامعه تسهیل می‌کند. در این راستا، بقایی و همکاران (۱۳۸۷) وضعیت خود مراقبتی و دانش بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت را بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که بیماران با ابعاد مختلف خود مراقبتی و دانش لازم است آموزش‌هایی کاربردی‌تر و با تأکید بیشتر بر ایجاد تغییرات در دانش و معرفت افراد داشته باشند. در تبیین متغیر ویژگی‌های رفتاری خود مراقبتی می‌توان به ویژگی‌هایی همچون کسب مهارت‌های لازم برای زندگی سلامت با حضور در کارگاه‌های آموزشی، ارتباط مؤثر با افراد در حوزه سلامت، برخورداری از تاب‌آوری روان‌شناختی به‌منظور تحمل فشارها و شرایط سخت اشاره کرد. تعیین اهداف رفتاری و برنامه‌ریزی نیز به‌منظور تغییر رفتار ازجمله اقداماتی است که به‌منظور خود مراقبتی انجام می‌گیرد (فرهادی، ۱۳۹۵). در تبیین مولفه حفظ سلامت مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ نشان داد که بخش عمده سال‌های ازدست‌رفته عمر در کشور ما به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. کاهش بار این بیماری‌ها قطعاً مستلزم ارتقای سطح آگاهی مردم و تغییر رفتار سلامت آن‌هاست. منبع اطلاعات بیشتر مردم در حوزه سلامت معمولاً نشریات، اینترنت و تلویزیون است؛ این در حالی است که متأسفانه فقط کسر کوچکی از این اطلاعات مستند و قابل‌اعتمادند (ابوطالبی و همکاران، ۱۳۹۲). از سویی دیگر، براساس نظریه خود مراقبتی اورم انسان عاملی است که تمام مراقبت‌های لازم برای حفظ سلامتی را انجام می‌دهد؛ بنابراین به انسان، عامل مراقبت از خود گفته می‌شود (کارون و هینرلی، ۲۰۱۷). همچنین ارتقاء سلامت به میزان طراحی و اجرای مداخلات آموزش سلامت مبتنی بر شواهد و برنامه‌های توانمندسازی مردم و جوامع در جهت حفظ سلامت بستگی دارد (چانگ، ۲۰۱۴). در تبیین متغیر مراقبت مشارکتی نیز می‌توان گفت متضمن تبادل بهتر اطلاعات بالینی، برنامه‌های مشترک آموزشی، همکاری افراد از تخصص‌های مختلف، مراقبت از بیمار در قالب یک تیم، مشارکت بیماران در درمان و ایفای رفتارهای مناسب مراقبت از خود است که رفتار خود مراقبتی را بهبود می‌بخشد.

میزان اهمیت هر یک از مؤلفه‌های اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران از دیدگاه پرستاران و کادر سلامت چقدر است؟

در بعد خود مراقبتی ، مؤلفه‌های خود مراقبتی خدمات درمانی دارای وزن ۰/۴۲۲ و در مؤلفه اصلاح ۰/۹۲۴ و در مراقبت‌های رفتاری ۰/۴۱۷ به دست آمده است. ضمناً برای مؤلفه مشارکت در مراقبت ۰/۹۲ برای پیشگیری ۰/۸۹۷ به دست آمده است. در مورد مؤلفه مراقبت‌های فردی ۰/۴۸۲ برای مؤلفه رضایت ۰/۴۴۸ و مراقبت‌های محیطی ۰/۵۰۲ برای سلامت ۰/۸۵۲ به‌دست‌آمده است. در مورد بعد اطلاع‌رسانی برای مؤلفه دانش و معرفت ۰/۹۰۷، برای پردازش ۰/۸۵۲ برای توزیع اخبار ۰/۸۸۷ برای آگاهی ۰/۷۹۸ به‌دست‌آمده است. ضمناً برای ابعاد اطلاع‌رسانی و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

خود مراقبتی به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۷ به‌دست‌آمده است.با توجه به نتایج تحلیل بعد خود مراقبتی دارای وزن بیشتر نسبت به بعد اطلاع رسانی می باشد . همچنین رتبه بندی مولفه های ابعاد نشان از این دارد که اصلاح شیوه زندگی در رتبه اول ، دانش و معرفت زیاد در رتبه دوم ، پیشگیری از بیماری‌ها در رتبه سوم از دیدگاه پرستاران و کادر سلامت قرار دارد . این نشان از این دارد که مهمترین عامل اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران اصلاح شیوه زندگی آنها می باشد ، چرا که این مهم می تواند جلوگیری از بیماری برای بیماران نماید ، همچنین پشتوانه اجرایی شدن این مهم دانش و معرفتی هست، که باید افراد کسب نماید تا با این دو مولفه مهم بتواند از بیماری های آینده پیشگیری نمایند.

بر اساس نتایج تحقیق پیشنهادات زیر برای نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور ارائه می گردد:

لازم است نظام اطلاع رسانی پزشکی کشور ، سیاستها و برنامه مدون برای ارائه خدمات آموزشی ، اطلاعاتی در خصوص خودمراقبتی به عموم آحاد جامعه داشته باشد و برای آن ضمانت اجرایی داشته باشد .

نرم‌افزارهای کاربردی مراقبت سلامت به‌عنوان بخشی از انفورماتیک سلامت مشتری، پتانسیل لازم جهت تسهیل خود مراقبتی در بیماران از طریق آموزش بیمار، مدیریت بیماری، ارائه ردیابی آسان، کمک به افزایش قابلیت‌های انگیزشی و بهبود پایبندی دارویی را دارند؛ اما لازم به ذکر است برای توسعه خود مراقبتی مؤثر جدای از نظارت منحصر به فعالیت‌های بهداشتی و شرایطی که مستقیماً به اهداف سلامت فرد گره‌خورده‌اند، درک و به‌کارگیری زمینه‌های مؤثر بر فعالیت‌های بهداشتی همانند تکنولوژی‌های روز دنیا نیز برای مدیریت‌های بهداشتی ضروری است.

طراحی برنامه آموزشی با تأکید بر اصلاح رفتارهای مرتبط با خود مراقبتی منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد خواهد شد؛ بنابراین توجه به این موضوع به برنامه ریزان و دست‌اندرکاران مراکز بهداشتی- درمانی کشور پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه و همین طور کادر پزشکی و درمانی بیمارستان‌های آموزشی درمانی سپاسگزاری کنند.

تعارض منافع

نویسندگان، اعلام می‌دارند در رابطه با انتشار مقاله ارائه‌شده، هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منبع حمایت‌کننده

پژوهش حاضر، پژوهشی مستقل و بدون دریافت هرگونه حمایتی انجام شده است.

References

Abootalebi Daryasari . GH , Vosoghi Karkezloo . N , Mohammadnejad . E , Namadi Vosooghi . M , Akbari Kaji . M. (2012). . Study of the self-care agency in patients with heart failure: Iranian Journal of Critical Care Nursing. Vol. 4. No. 4, Winter. 203-208. (Persian) .

Baghaei P ,Zandi M, Vares Z ,Masoodi alavi N , Adid hajbagheri M .(2008) .Self-care behaviour of patients with diabetes in kashan centers of diabetes.Quarterly Journal of feiz. ;12(1):88-93. (Persian) .

Bonow R, Mann D, Zipes D, Libby P.(2012). Braunwald's Heart disease. A Textbook of Cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia,PA: Saunders Co; 487-578 p.

Chung M, Lennie T, Dekker R, Wu J, Moser D.(2014) Depressive symptoms and poor social support have a synergistic effect on event-free survival in patients with heart failure. Heart & Lung.;40(6):492-501.

David, D. Howard, E. Dalton, J. ,Self-care in Heart Failure Hospital Discharge Instructions—Differences Between Nurse Practitioner and Physician Providers, Journal for Nurse Practitioners – JNP,2018, Volume 14, Issue January, https://daneshyari.com/article/8573276

Farhadi . A , Movahedi. Y, Movahedi. M . (2013). Investigating the relationship between happiness, general health and time horizons (expectation) with academic performance of new students (90th entry) of Lorestan University of Medical Sciences . Culture in The Islamic University, Vol. 3, No.7 .297-314. (Persian) .

Farghadani . Z , Taheri-Kharameh . Z , Amiri-Mehr. A , Montazeri ,A.(2018). Self-care behaviors and its related factors in patients with heart failure. Payesh (Journal of Jihad University Research Institute of Health Sciences). 17 (4) . 371-379. (Persian).

Gallagher R. (2010) . Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. Eur J Cardiovasc Nurs.;9(3):53 -60.

Hana,A,. Sil Choib,J.(2018) . Factors influencing infection prevention self-care behaviors in patients with hematologic cancer after discharge,European Journal of Oncology Nursing .

Heo S, Moser D, Lennie T, Riegel B, Chung M .(2015) . Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

correlational study of patients with heart failure. Int J Nurs Stud.

khajeali jahantighi Z , Abazari Z , Mirhosseini Z Babalhavaeji F.(2020) . Identifying Dimensions and Components of Self-Care Informing of Patients in Medical Information System of Iran by Fuzzy Delphi Approach.Journal of Healthcare Management .vol : 10 (4). 79-94. (Persian) .

Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. (2016). Harrison's Principles of internal medicine. 18th ed. Newyork: The MC Graw-Hill Co..

Mirzaei , S. (2016) . Investigating the relationship between health literacy level and how to search for health information with the general health of teachers in Jahrom . Master Thesis, Islamic Azad University, Marvdasht Branch - Science Research Institute.(Persian).

Oraki,M. Mahdizadeh,A. Dortaj,A. (2019). The Effectivness of self-care emp0werment Training on life Expectancy , happiness and Quality of life the Elderly care centers in Dubai. Salmand . vol. 14. Issue .3. 320-331. (Persian).

Salehi . SH. Mehralin , H . Hasheminia , A.M.(2016). Effect of Family Empowerment Model on Re-Hospitalization and Outpatient Visits in a Period of Nine Months among Heart Failure Patient . Journal of Knowledge & Health ; Vol 11, No 3 Shahroud University of Medical Sciences 1-7. (Persian)

Wong–Rieger D.(2012) Patient Empowerment–Living with Chronic Disease. Paper presented at: The A series of short discussion topics on different aspects of self management and patient empowerment for the 1st European conference on patient empowerment; Apr. 11-23; Copenhagen, Denmark

Zeinali V, Riahinia N, Javadi Parvaneh V, Asadi S.(2017) . Effect of Health Information Prescription (HIP) on caregiver's self-care ability. Human Information Interaction; 4 (1) . 16-27. (Persian).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1400.8.3.3.6]