

بررسی آگاهی و عملکرد پیشگیری از آلزایمر در کارکنان بهداشتی

دکتر عباس دانش کهن^۱ (PhD) - دکتر طاهره دهداری^۲ (PhD) - الهه رفیعی^۳ (MSc Stu) - ملیحه بیگ زاده^۱ (BS) - عاطفه خلیلی فرد^۱ (BS) - سحر بختیاری فرجادی^۱ (BS) - مظفر مسلم^۴ (BS)

*نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران

پست الکترونیک: dehdarit@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۷/۲۰

چکیده

مقدمه: جمعیت سالمند ایران رو به افزایش است. کارکنان حوزه سلامت نقش برجسته‌ای در آموزش جامعه و پیشگیری و مدیریت درمان بیماری‌های شایع (مانند آلزایمر) دوره سالمندی دارند.

هدف: تعیین آگاهی و عملکرد پیشگیری‌کننده از آلزایمر در کارکنان شبکه بهداشت شهر رشت در سال ۱۳۹۱

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۲۷۰ نفر از کارکنان شبکه بهداشت شهر رشت به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و پرسشنامه مربوط به سنجش آگاهی و عملکرد در زمینه آلزایمر را تکمیل کردند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری خی‌دو، همبستگی اسپیرمن و کروسکال والیس تحلیل شدند.

نتایج: میانگین سن نمونه‌ها ۴۰/۸ با انحراف معیار ۷/۱ سال بود. ۷۲ درصد نمونه‌ها زن بودند. تنها ۳۲/۶٪ آنها آگاهی خوب و ۲۱/۹٪ نمونه‌ها عملکرد خوبی در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر داشتند. آگاهی (۶۷٪) و عملکرد (۷۷٪) بیشتر نمونه‌ها در حد متوسط بود. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که رابطه بین میانگین آگاهی و عملکرد از نظر آماری معنی‌دار نیست ($p=0/029$, $r=0/133$).

نتیجه‌گیری: آگاهی و عملکرد کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهر رشت در مورد آلزایمر در سطح متوسط است. با توجه به نبودن رابطه معنی‌دار بین آگاهی و عملکرد نمونه‌ها، پیشنهاد می‌شود سایر عوامل موثر بر عملکرد بررسی شود.

کلید واژه‌ها: آگاهی/بیماری آلزایمر/عملکرد

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و چهارم شماره ۹۳، صفحات: ۱۶-۲۳

مقدمه

چربی خون بالا، چاقی، مصرف سیگار، رژیم غذایی نادرست، میزان تحصیلات کم، نداشتن فعالیت بدنی و پیشینه آسیب به سر (۳). سه سطح پیشگیری در زمینه اختلال دمانس مطرح می‌شود. پیشگیری سطح اول با هدف افزایش مقاومت میزبان و کاهش مواجهه او با عوامل خطر ایجادکننده دمانس انجام می‌شود. هدف پیشگیری سطح دوم، محدود کردن پیشرفت بیماری و تشخیص در گام‌های اولیه و درمان زود هنگام دمانس است. در پیشگیری سطح سوم، هدف کاهش ناتوانی و معلولیت ناشی از دمانس و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلاست (۴). کیفیت اجرای این سطوح، تحت تاثیر میزان آگاهی گروه‌های مختلف مانند کارکنان بهداشتی و کیفیت

دمانس نشانگانی منجر به بیماری مغزی است. این نشانگان در شرایط گوناگونی به‌طور اولیه یا ثانویه بر مغز تاثیر می‌گذارد و روند ویران‌کننده آن در برگیرنده اختلال اندک حافظه، تفکر، جهت‌یابی، ادراک، محاسبه، توان یادگیری، دآوری و مهارت‌های زبانی و تغییر رفتار است (۱). آلزایمر شایع‌ترین علت دمانس است و در ۶۰ تا ۷۰ درصد موارد دمانس نقش دارد. ۳۵/۶ میلیون نفر در دنیا دچار دمانس هستند. هر سال ۷/۷ میلیون مورد جدید بیماری تشخیص داده می‌شود. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به ۶۵/۷ میلیون افزایش یابد (۲). عوامل خطر این بیماری عبارتند از: سن، ژنتیک و پیشینه خانوادگی، ابتلای به دیابت و فشارخون بالا،

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران

۳. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران

۴. واحد بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران

نظام سلامت باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۱ روی ۲۷۰ نفر از کارکنان معاونت بهداشتی، مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی- درمانی شهری، شهری - روستایی و پایگاه‌های بهداشت شهر رشت که با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده بودند انجام گرفت. معیار ورود نمونه‌ها عبارت بود از: اشتغال در شبکه بهداشت و درمان شهر رشت و نداشتن دمانس یا آلزایمر در هنگام انجام مطالعه. ضمناً، موافقت آنها برای ورود به مطالعه گرفته شد و به آنها در مورد راز داری اطلاعات، اطمینان داده شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول $n = Z^2 pq / d^2$ ، با اطمینان ۹۵٪، $d = ۰/۰۵$ و $p = ۰/۲$ (حاصل مطالعه‌ای پایلوت بر ۲۰ نفر از کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهر رشت جدا از نمونه‌های مطالعه بود)، ۲۴۵ نفر محاسبه شد. با احتمال ریزش ده درصدی (پاسخ ندادن به همه پرسش‌های پرسشنامه)، حجم نمونه، ۲۷۰ نفر تعیین شد.

در این مطالعه، ۳ پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات بکار رفت، پرسشنامه اول دربردارنده پرسش‌های در مورد اطلاعات دموگرافی نمونه‌ها شامل سن، جنس، تاهل، تعداد فرزندان، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی و پیشینه خانوادگی ابتلای به آلزایمر بود.

پرسشنامه دوم شامل پرسشنامه سنجش آگاهی از بیماری آلزایمر (Alzheimer Disease Knowledge Scale) بود. این پرسشنامه توسط Trochim و Donnelly در سال ۲۰۰۷ طراحی و اعتباریابی شده (۱۴) و در ایران تاکنون این ابزار اعتباریابی و استفاده نشده است. این پرسشنامه، دربردارنده ۳۰ سوال دو گزینه‌ای (درست و نادرست) است. در این پرسشنامه در قالب ۷ سوال به اندازه‌گیری آگاهی از علت‌شناسی بیماری و عوامل خطر، ۱۰ سوال به بررسی آگاهی از نشانه‌های بیماری، دوره و تاثیر بر زندگی و در قالب ۱۳ سوال به بررسی آگاهی از مراقبت، مدیریت و درمان بیماری آلزایمر پرداخته شده است. کمپنه و بیشینه نمره هر فرد در این بخش ۰ تا ۳۰ امتیاز بود. نمره افراد در ۳ سطح آگاهی

خدمات ارائه شده توسط آنان قرار می‌گیرد. یافته‌های یک مطالعه در استرالیا نشان داد که میزان آگاهی کارکنان نظام سلامت از برخی ابعاد آلزایمر در سطح متوسط قرار دارد. افزون بر آن آگاهی آنان از عوامل خطر و فرایند بیماری آلزایمر کمتر از سایر ابعاد بیماری بود (۵). Turner و همکاران در مطالعه‌ای میزان آگاهی پزشکان عمومی از اپیدمیولوژی دمانس را ناکافی ارزیابی کردند (۶). به راستی، با افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی، خود بیماران و مراقبان آنها می‌توان انتظار داشت که تشخیص بیماری و درمان در مراحل اولیه آن انجام شود، آگاهی از نشانه‌های بیماری افزایش یابد، انتخاب برنامه برای مدیریت درمان تسهیل شود و استیگمای ناشی از تشخیص بیماری آلزایمر کاهش یابد. آگاهی اندک در مورد این بیماری سبب کاهش دریافت پشتیبانی و خدمات درمانی برای این بیماران می‌شود (۷و ۵). افزون بر آن با آگاهی از عوامل خطر تغییر پذیر مانند افزایش تکاپویی جسمی و اجتماعی، مصرف سبزی، ویتامین‌ها و غیره و آموزش آنها به افراد جامعه می‌توان از بروز موارد جدید پیشگیری کرد و پیشرفت بیماری را به تاخیر انداخت (۷).

در جهان مطالعاتی در مورد آگاهی کارکنان نظام سلامت درباره بیماری آلزایمر انجام شده است (۸و ۹). در ایران، بیشتر مطالعات محدود به بررسی خودکارآمدی مراقبان بیماران آلزایمر (۱۰)، سلامت معنوی و فشار مراقبتی وارده بر خانواده‌های آنان (۱۱)، مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا و خانواده‌های آنان (۱۲) و کارایی مداخله آموزشی بر اضطراب، استرس و افسردگی خانواده‌های این بیماران (۱۳) بوده است. طی بررسی متون انجام شده مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بهداشتی- درمانی در ایران انجام بدست نیامد. لذا با توجه به روند سالمند شدن جمعیت ایران و توجه به نقش محوری کارکنان نظام سلامت در مراقبت و پیشگیری از بیماری‌های دوران سالمندی (مانند آلزایمر)، مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی و عملکرد پیشگیری کننده از بیماری آلزایمر در کارکنان شبکه بهداشت شهر رشت در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند نقطه شروعی برای شناسایی نیازهای آموزشی و اجرای مداخلات برای افزایش آگاهی گروه‌های مختلف جامعه مانند کارکنان

نتایج

میانگین سن نمونه‌ها ۴۰/۸۵ ساله با انحراف معیار ۷/۱۸ سالگی بود. کمینه سن ۲۲ و بیشینه آن ۵۸ ساله بود. ۷/۱ درصد نمونه‌ها (۱۹۴ نفر) زن و بقیه مرد بودند. میانگین تعداد فرزندان نمونه‌ها ۱/۲۷ نفر با انحراف معیار ۰/۸۶ بود. سایر ویژگی نمونه‌ها در جدول ۱ آورده شده‌است.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافی نمونه‌های مورد مطالعه (N= ۲۷۰)

متغیر	تعداد	درصد
وضعیت تاهل		
مجرد	۳۹	۱۴/۴٪
متاهل	۲۲۴	۸۳٪
بیوه	۴	۱/۵٪
مطلقه	۳	۱/۱٪
رشته تحصیلی		
پزشکی	۲۴	۸/۹٪
پیراپزشکی و بهداشت	۲۱۷	۸۰/۴٪
سایر	۲۹	۱۰/۷٪
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۹۰	۳۳/۳٪
دیپلم	۲۲	۸/۱٪
لیسانس	۱۲۳	۴۵/۶٪
فوق لیسانس	۱۱	۴/۱٪
دکتری تخصصی	۲۲	۸/۱٪
دکتری پزشکی	۲	۰/۷٪
پیشینه خانوادگی ابتلا به آلزایمر		
دارد	۴۴	۱۶٪
ندارد	۲۲۶	۸۴٪

در جدول ۲ آگاهی و عملکرد پیشگیری‌کننده از بیماری آلزایمر در نمونه‌های پژوهش نشان داده شده‌است. بر مبنای مندرجات این جدول، تنها ۳۲٪ واحدها آگاهی خوبی در مورد آلزایمر داشتند. همچنین، ۲۱/۹٪ آنها دارای عملکرد خوبی در مورد رفتار پیشگیری‌کننده از آلزایمر بودند. آزمون همبستگی اسپرمن نشان داد که بین دو متغیر آگاهی و عملکرد، همبستگی معنی‌دار آماری وجود ندارد ($p=0/029$) و ($r=0/133$). در جدول ۳، درصد رفتار پیشگیری‌کننده از آلزایمر در نمونه‌های مورد مطالعه نشان داده شده‌است.

ضعیف (۰ تا ۹)، متوسط (۱۰ تا ۱۹) و خوب (۲۰ به بالا) تقسیم‌بندی شد.

پرسشنامه سوم شامل پرسشنامه‌ای خودساخته توسط محققان مطالعه حاضر بود که دربردارنده ۱۱ سوال درباره فراوانی انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری آلزایمر بود. ۶ سوال از این پرسشنامه پنج گزینه‌ای بود. اگر فردی، رفتار دلخواه را انجام می‌داد بالاترین امتیاز را می‌گرفت (۴) و اگر انجام نمی‌داد، کمترین امتیاز به وی تعلق می‌گرفت (۰). پنج سوال نیز به صورت بلی (۱) و خیر (۰) تنظیم شده بود. حداقل و حداکثر امتیازی که فرد می‌توانست از پرسشنامه سوم کسب کند بین ۰ تا ۲۵ بود. کسب نمره ۰ تا ۸ به عنوان عملکرد ضعیف، ۹ تا ۱۷ به عنوان متوسط و ۱۸ به بالا به عنوان خوب تقسیم بندی شد. مدت لازم برای تکمیل پرسشنامه ها ۲۰ دقیقه تا نیم ساعت بود. برای سنجش روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوای استفاده شد و طی آن دو پرسشنامه آگاهی و انجام رفتار در اختیار ۱۰ متخصص (بهداشت عمومی، آموزش بهداشت، پزشک و پرستار) قرار داده شد و نظر اصلاحی آنها اعمال شد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از روش آزمون دوباره (به فاصله ۱۰ روز) استفاده شد و طی آن پرسشنامه ها در اختیار ۲۰ نفر از شاغلان شبکه بهداشت و درمان شهر رشت (جدا از نمونه‌های مطالعه) قرار گرفت. ضریب همبستگی بدست آمده از آزمون اسپرمن برای پرسشنامه رفتار، با $r=0/86$ ، $p<0/0001$ و برای پرسشنامه آگاهی $r=0/82$ ، $p<0/0001$ بود.

در مرحله جمع‌آوری اطلاعات، پس از کسب مجوز از شبکه بهداشت شهر رشت، پرسشنامه‌ها بین افراد پخش و توسط خود آنها تکمیل شد. سپس، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و سرانجام تحلیل شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی با درصد آگاهی و رفتار آزمون‌خی‌دو بکار رفت برای بررسی تفاوت معنی‌دار بین متغیرهای کمی دموگرافی (مانند سن و تعداد فرزندان) بر حسب سطوح متغیرهای آگاهی و رفتار، از آزمون کروسکال والیس (با توجه به نداشتن توزیع نرمال داده‌ها) استفاده شد. برای بررسی همبستگی بین درصد آگاهی با درصد انجام رفتار، آزمون همبستگی اسپرمن بکار رفت.

جدول ۲. درصد آگاهی و عملکرد پیشگیری کننده از بیماری آلزایمر در نمونه‌های مورد مطالعه (n= ۲۷۰)

	ضعیف		متوسط		خوب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	۱	۰/۴٪	۱۸۱	۶۷٪	۸۸	۳۲/۶٪
عملکرد	۳	۱/۱٪	۲۰۸	۷۷٪	۵۹	۲۱/۹٪

جدول ۳. فراوانی اقدامات پیشگیری کننده از آلزایمر در نمونه‌های مورد مطالعه (n= ۲۷۰)

متغیر		تعداد (درصد)
انجام فعالیت بدنی در هفته		
ندارد	۴۱	۱۵/۲٪
کمتر از ۱ ساعت	۶۱	۲۲/۶٪
بین ۱ تا ۲ ساعت	۶۷	۲۴/۸٪
بین ۳ تا ۴ ساعت	۵۶	۲۰/۷٪
بیشتر از ۴ ساعت	۴۵	۱۶/۷٪
مصرف روزانه لبنیات		
نمی خورد	۱۲	۴/۴٪
۱ وعده	۱۴۶	۵۴/۱٪
۲ تا ۳ وعده	۹۶	۳۵/۶٪
بیشتر از ۳ وعده	۱۶	۵/۹٪
مصرف روزانه میوه و سبزی		
نمی خورد	۵	۱/۹٪
۱ وعده	۱۰۱	۳۷/۴٪
۲ تا ۳ وعده	۱۲۲	۴۵/۲٪
بیشتر از ۳ وعده	۴۲	۱۵/۵٪
مصرف ماهی و غذاهای دریایی در هفته		
ماهی یک بار	۸	۳٪
ماهی چند بار	۸۸	۳۲/۶٪
هفته ای یک بار	۹۶	۳۵/۶٪
هفته ای چند بار	۶۰	۲۲/۲٪
شرکت در فعالیت‌های مذهبی، گروهی و اجتماعی		
ندارد	۷۳	۲۷٪
کمتر از ۲ ساعت در هفته	۱۱۰	۴۰/۷٪
۳ تا ۵ ساعت در هفته	۴۴	۱۶/۴٪
بیشتر از ۵ ساعت در هفته	۴۳	۱۵/۹٪
استعمال سیگار		
نمی کشد	۲۶۴	۹۷/۸٪
۵ نخ در روز	۱	۰/۴٪
۶ تا ۱۰ نخ در روز	۳	۱/۱٪
بیش از ۱۰ نخ در روز	۲	۰/۷٪
مصرف ۶ تا ۸ لیوان آب در روز	۱۵۵	۵۷/۴٪
بله	۲۰۱	۷۴/۴٪
پرهیز از مصرف غذای پرچرب	۱۶۹	۶۲/۶٪
بله		

داشتن فعالیت فکری (مانند مطالعه، حل پازل و ...)

۲۶۲ (۹۷/۹٪)

بله

داشتن خواب کافی

۲۴۸ (۹۱/۹٪)

بله

آزمون آماری خي دو نشان داد که بين آگاهی و متغیرهای جنس ($p=0/30$) و وضعیت تاهل ($p=0/25$) رابطه آماری معنی دار وجود ندارد. اما دو متغیر پیشینه خانوادگی ابتلای به آلزایمر ($p=0/003$) و میزان تحصیلات ($p=0/05$) با آگاهی رابطه معنی دار داشت. یافته‌های همین آزمون نشان داد که بین عملکرد پیشگیری کننده از آلزایمر با جنس ($p=0/07$)، وضعیت تاهل ($p=0/30$)، سطح تحصیلات ($p=0/49$) و پیشینه خانوادگی ابتلای به آلزایمر رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. آزمون کروسکال والیس نشان داد که میانگین سن نمونه‌های تفاوت معنی داری بر حسب سطوح مختلف آگاهی ($p=0/54$)، و عملکرد ($p=0/09$) ندارد. افزون بر آن بین میانگین تعداد فرزندان بر حسب سطوح مختلف متغیر آگاهی ($p=0/35$) و انجام رفتار ($p=0/15$) تفاوت معنی دار دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه ما نشان داد که آگاهی ۶۷ درصد نمونه‌ها در سطح متوسط است. تنها ۳۲/۶ درصد نمونه‌ها آگاهی خوبی در مورد آلزایمر داشتند. نتیجه یک بررسی توسط سولیوان و همکاران نشان داد که میزان آگاهی بیماران آلزایمر و مراقبان آنها، از این بیماری در سطح پایینی است. آنها لزوم مداخله آموزشی برای افزایش آگاهی این گروه‌ها را بایسته برشمردند (۱۵). مطالعه کارپتر نیز نشان داد که بیماران آلزایمر و مراقبان آنها آگاهی کمی در مورد عوامل خطر و پیشگیری از آلزایمر دارند (۱۶). Nordhus و همکاران در مطالعه خود، میزان آگاهی روانشناسان نروژی در زمینه آلزایمر را در سطح کمابیش خوب گزارش کردند (۱۷). Turner و همکاران در مطالعه‌ای میزان آگاهی پزشکان عمومی در ابعاد تشخیص و مدیریت دمانس را در سطح خوب ارزیابی کردند (۶). بهرآستی، یافته‌های متناقض این مطالعات را می‌توان به میزان تحصیلات متفاوت نمونه‌ها و همچنین پیشینه کار با بیماران

۳۳ درصدی عملکرد حرکتی و جنبشی افراد سالمند می‌شود (۲۴) و این نکته خطر ابتلا به آلزایمر را در پیری افزایش می‌دهد. مطالعات نشان داده‌اند که داشتن فعالیت اجتماعی و جسمی می‌تواند سبب افزایش فعالیت‌های شناختی مغز و کاهش بروز آلزایمر شود (۲۴). افرادی که فعالیت‌های شناختی کمی دارند، ۲/۵ برابر بیش از سایر افراد پویا از نظر فعالیت‌های شناختی، مستعد ابتلا به آلزایمر هستند (۲۵). نتایج یک مطالعه نشان داد که تنهایی با کاهش کارکرد شناختی مغز سبب افزایش خطر ابتلای به آلزایمر در سال‌های پیری می‌شود (۲۶). رفتار دیگری که جای گفتمان دارد این است که ۲۵/۶ درصد نمونه‌ها گفته بودند غذاهای پر چرب مصرف می‌کنند. نتایج مطالعات نشان داده که مصرف خوراکی‌های با میزان کلسترول و اسیدهای چرب بالا می‌تواند تا ۱/۲ برابر، حافظه، سرعت و انعطاف‌پذیری را کاهش دهد (۲۷ و ۲۸). پیشنهاد می‌شود برتری مصرف خوراک کم چرب در پیشگیری از آلزایمر و روش پخت غذاهای حاوی چربی کمتر، به کارکنان آموزش داده شود. افزون بر آن نتایج مطالعه نشان داد که ۳۹/۳ درصد نمونه‌ها یا میوه و سبزی می‌خورند یا یک بار در روز آن را مصرف می‌کنند. این در حالی است که افزایش مصرف میوه و سبزی به دلیل وجود آنتی‌اکسیدان‌ها سبب پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها از جمله آلزایمر می‌شود (۲۹). با توجه به نکته‌های بالا می‌توان اذعان داشت که آموزش تغذیه (برای مصرف سبزی و میوه، ماهی و غذاهای دریایی، غذاهای کم چرب، مصرف آب کافی و لبنیات کم چرب) در زمینه پیشگیری از آلزایمر مهم است که باید در بازآموزی‌های شغلی بر آن پافشاری کرد. نتایج نشان داد ۱۶ درصد نمونه‌ها پیشینه خانوادگی ابتلا به آلزایمر در خانواده درجه یک خود دارند. با توجه به استعداد بیشتر این گروه برای ابتلای به آلزایمر، پیشنهاد می‌شود افراد پرخطر شناسایی شده و برای آنها مراقبت‌های چندگانه پشتیبانی و آموزشی انجام شود. نتایج نشان داد رابطه‌ای بین آگاهی و عملکرد پیشگیری‌کننده از بیماری آلزایمر در نمونه‌ها وجود ندارد. که این نکته نشان می‌دهد لزوماً افرادی که آگاهی بیشتری داشته‌اند، کارکرد بهتری نداشته‌اند و برعکس. عموماً گفته می‌شود رفتار نتیجه

آلزایمر نسبت داد. نتایج مطالعه ما نیز رابطه بین سطح تحصیلات و آگاهی از آلزایمر را تایید می‌کند. در این راستا، مطالعه کارپتر و همکاران نشان داد که کارکنانی که در پهنه بیماری دمانس کار می‌کنند و سطح تحصیلات بالاتری دارند، نسبت به بیماران و مراقبان آنها آگاهی بیشتری از بیماری دارند (۱۶). چون آموزش، ابزاری مهم در افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی و درمانی در بیماری آلزایمر محسوب می‌شود (۱۸) و با چشم‌پوشی از متغیرهای دموگرافی و آزموده‌های کاری، رابطه مثبتی بین شرکت در کلاس‌های آموزشی و افزایش آگاهی از این بیماری نشان داده شده‌است (۱۹ و ۲۰)، پیشنهاد می‌شود در برنامه بازآموزی کارکنان بهداشتی - درمانی به این نکته مهم توجه شود.

نتایج مطالعه نشان داد که کارکرد ۲۱/۹٪ نمونه‌ها در زمینه رفتار پیشگیری‌کننده از آلزایمر در سطح خوبی قرار دارد. به عنوان مثال ۳۷/۸٪ نمونه‌ها گفته بودند که ورزش نمی‌کنند یا کمتر از ۱ ساعت در هفته ورزش می‌کنند. این در حالی است که ورزش با افزایش اکسیژن و خونرسانی بیشتر به مغز و افزایش رشد عوامل فیروبلست در هیپوکامپ سبب بهبود کارکرد شناختی مغزی می‌شود (۲۰ و ۲۱). Larson و همکاران در یک مطالعه، نقش ورزش در به تاخیر انداختن دمانس و کاهش بروز آن را اثبات کردند. آنها نشان دادند که بروز دمانس در افرادی که ۳ بار یا بیشتر در هفته ورزش می‌کنند ۱۳ در هزار و در افرادی که کمتر از ۳ بار در هفته ورزش می‌کنند ۱۹/۷ در هر هزار نفر است (۲۲). ورزش و فعالیت جسمی به میزان دست‌کم نیم ساعت در روز و ۳ بار در هفته، به عنوان شیوه‌ای کارساز در پیشگیری از آلزایمر باید به گروه‌های گوناگون مانند کارکنان بهداشتی آموزش داده شود. افزون بر آن، ارائه امکانات و فرصت لازم برای ورزش گروهی می‌تواند دلگرم‌کننده کارکنان به انجام منظم ورزش باشد. شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، مذهبی و گروهی رفتار دیگری است که سبب پیشگیری از بروز آلزایمر می‌شود. در این مطالعه ۲۷ درصد نمونه‌ها گفتند که اصلاً در این فعالیت‌ها شرکت نمی‌کنند. ۴۰/۷ درصد نیز گفته‌بودند که کمتر از ۱ ساعت در هفته در این فعالیت‌ها شرکت می‌کنند. یک واحد کاهش در عملکرد و فعالیت اجتماعی سبب کاهش

از محدودیت‌های مطالعه آن بود که کارکرد نمونه‌ها با پرسشنامه خود گزارشی سنجیده شد که این نکته می‌تواند دقت اندازه‌گیری را کاهش دهد.

آگاهی و عملکرد کارکنان شاغل در شبکه بهداشت و درمان شهر رشت در مورد آلزایمر در سطح متوسطی بود و رابطه‌ای بین آگاهی و عملکرد پیشگیری‌کننده از آلزایمر در نمونه‌های مورد مطالعه وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود سایر عوامل موثر بر عملکرد پیشگیری‌کننده از آلزایمر بررسی شود.

تشکر و قدردانی: از همکاری کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهر رشت که در جمع‌آوری اطلاعات کمک‌های ارزنده‌ای نمودند، سپاسگزاری می‌شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

تصمیم و تصمیم مبتنی بر آگاهی و گرایش است. اما این رابطه زنجیروار بین آگاهی، گرایش و رفتار همیشه وجود ندارد. گاهی رفتار بدون آگاهی و گرایش انجام می‌شود. به راستی، هرگاه رفتاری بدون آگاهی و یا گرایش انجام شود، چه‌بسا به دلیل دنباله روی یا اجبار یا سایر عوامل اثرگذار بر رفتار بوده‌است. در برخی زمینه‌ها فرد کارهایی انجام می‌دهد که کاملاً می‌داند که نه برای خودش خوب است و نه از سوی دیگران پذیرفتنی است؛ اما هنوز نیروهایی وجود دارد که او را به انجام آن کارها وادار می‌کند (۳۰). لذا پیشنهاد می‌شود سایر عوامل موثر بر عملکرد پیشگیری‌کننده از آلزایمر مانند نگرش، هنجار انتزاعی، قصد، عوامل توانا کننده، عوامل اجتماعی و غیره مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

1. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority. Available From: URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.
2. World Health Organization. Dementia. Available From: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>.
3. Tanna S. Priority medicines for Europe and the world: a public health approach to innovation. Available From: URL: http://www.who.int/medicines/.../priority_medicines/BP6_1Alzheimer.pdf.
4. Paykel ES. Prevention in psychiatry: report of the special committee on the place of prevention in psychiatry. *Psychiatr Bull* 1993; 17:633.
5. Smyth W, Fielding E, Beattie E, Gardner A, Moyle W, Franklin S, Hines S, MacAndrew M. A Survey based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics* 2013; 13:2-8.
6. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, O'Carroll R. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing* 2004; 33: 461-467.
7. Gilleard CJ. Is Alzheimer's disease preventable? A review of two decades of epidemiological research. *Aging & Mental Health* 2000; 4 (2):110-118.
8. Nordhus I, Sivertsen B, Pallesen S. Knowledge about Alzheimer's disease among Norwegian psychologists: The Alzheimer's disease Knowledge Scale. *Aging Ment Health* 2012; 16(4):521-528.
9. Sullivan K, Muscat T, Mulgrew K. Knowledge of Alzheimer's disease amongst patients, carers, and non-carer adults: misconceptions, knowledge gaps, and correct beliefs. *Top Geriatr Rehabil* 2007; 22(2):148-159.
10. Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H. General self-Efficacy among family's female caregiver of elderly with Alzheimer's disease. *HAYAT Journal* 2012; 18 (2):27-37 [Text in Persian]
11. Mohammadi F, Babaee M. Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing. *Iranian Journal of Aging* 2011; 6 (19):29-36 [Text in Persian]
12. Khatooni M, Zohari S. A survey on communicative problems between elders with Alzheimer disease and their familycaregivers. *Iranian Journal of Aging* 2010; 5(17):36- 42. [Text in Persian]
13. Pahlavanzadeh S, Yazdani M, Navidian A. The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders. *Behbood: The Scientific Quarterly* 2010; 14(3): 228-236. [Text in Persian]
14. Brian D, Balsis S, Poorni G, Priya K, Margaret G. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist*. 2009; 49 (2):236-247.
15. Sullivan KA, Muscat TM, Mulgrew KE. Knowledge of Alzheimer's disease amongst patients, carers, and non-carer adults: Misconceptions, knowledge gaps, and correct beliefs. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2007; 23(2):148-159.
16. Carpenter B, Zoller S, Balsis S, Otilingam P, Gatz M. Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer's disease. *Dis Other Dement* 2011; 2(2):121-126.
17. Nordhus IH, Sivertsen B, Pallesen S. Knowledge about Alzheimer's disease among Norwegian psychologists: The Alzheimer's disease knowledge scale. *Aging & Mental Health* 2012; 16 (4):521-528.
18. Jackson E, Cherry K, Smithman E, Hawley K. Knowledge of memory aging and Alzheimer's disease in college students and mental health professionals. *Aging Ment Health* 2008; 12(2):258-266.
19. Carpenter B, Zoller S, Balsis S, Otilingam P, Gatz M. Demographic and contextual factors related to

- knowledge about Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2011; 26(2):121-126.
20. Rogers RL, Meyer JS, Mortel KF. After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 123-8.
21. Go'mez-Pinilla F, So V, Kesslak JP. Spatial learning and physical activity contribute to the induction of fibroblast growth factor: neural substrates for increased cognition associated with exercise. *Neuroscience* 1998; 85:53-61.
22. Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, Kukull W. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine* 2006; 144(2):73-82.
23. Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Fleischman DA, Leurgans S, Bennett DA. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Arch Intern Med* 2009; 169(12):1139-1146.
24. Cracchiolo, JR Mori T, Nazian SJ, Tan J, Potter H, Arendash GW. Enhanced cognitive activity- over and above social or physical activity-is required to protect Alzheimer's mice against cognitive impairment, reduce A β deposition, and increase synaptic immunoreactivity. *Neurobiology of Learning and Memory* 2007; 88 (3):277-294.
25. Wilson RS, Scherr PA, Schneider JA, Tang Y, Bennett DA. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology* 2007; 69(20): 1911-1920.
26. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, Tang Y, Bennett DA. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(2):234-240.
27. Kalmijn S, Van Boxtel MP, Ocké M, Verschuren WM, Kromhout D, Launer LJ. Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance at middle age. *Neurology* 2004; 62 (2): 275-280.
28. Kalmijn S, Launer LJ, Ott A, Witteman JC, Hofman A, Breteler MM. Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam study. *Annals of Neurology* 1997; 40(5):776-782.
29. Sun J, Chu YF, Wu X, Liu RH. Antioxidant and antiproliferative activities of common fruits. *J Agric Food Chem* 2002; 50 (25):7449-7454.
30. Shafeei F, Azarghashb A. Health education. 3 th Edition. Tehran: Tehran University Publication; 2000: 31-34. [Text in Persian]

Investiating the Knowledge and Practice about Prevention of Alzheimer Disease in Health Care Workers

Danesh Kohan A(PhD)¹- *Dehdari T(PhD)²- Rafiee E(MSc Stu)³- Beigzadeh M(BS)¹- Khalilifard A (BS)¹ - Bakhtiari Farjadi S(BS)¹- Moslem M(BS)⁴

*Corresponding Address: Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Iran university of Medical Sciences, Iran

Email: dehdarit@yahoo.com

Received: 9/Jul/2014 Accepted: 12 Oct/2014

Abstract

Introduction: Population of the elderly is on the rise in Iran. Health care staff have an important role in educating the community and preventing and managing the illnesses related to elderly disorder (such as Alzheimer disease).

Objective: Determination of Investiating the Knowledge and Practice about Prevention of Alzheimer Disease in Health Care Workers

Materials and Methods: In this descriptive-analytical study, 72% health professionals of Health network of Rasht completed a questionnaire on knowledge and practice about preventaion of Alzheimer disease. Data were analyzed by SPSS and Spearman's rho correlation coefficient, Chi-square and Kruskal-Wallis H.

Results: The mean age of participants was 40.8 (SD=7.1) years with 71% being female. Only 32% of them had good knowledge about Alzheimer disease and 21.9% had good function in performing preventive measures for the disease. The majority of participants had moderate knowledge (66%) and function (77%) for Alzheimer disease. The results of Spearman's rho correlation coefficient showed that there was no significant relationship between knowledge and function ($p=0.029$, $r=0.133$).

Conclusions: Knowledge and function of health care workers of Rasht city is in the moderate level. Given the non significant relationship between knowledge and function among participants, further investigations into other factors influencing the function are suggested.

Conflict of interest: non declared

Key words: Alzheimer Disease/ Attitude / Knowledge

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 94, Pages: 16-23

Please cite this article as: Danesh Kohan A, Dehdari T, Rafiee E, Beigzadeh M, Khalilifard A, Bakhtiari Farjadi S, Moslem M. Investiating the Knowledge and Practice about Prevention of Alzheimer Disease in Health Care Workers. J of Guilan University of Med Sci 2015; 24 (94) :16 - 23. [Text in Persian]

1. Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran

2. Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Iran university of Medical Sciences, Iran

3. Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran

4. Department of Vaccine- Preventable Diseases, Guilan Province Health Center, Guilan University of Medical Sciences, Iran