

بررسی آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط با آن در بهورزان درباره‌ی بیماری آلزایمر

زهرا خواجه^۱، کامران یزدانی^۲، ابراهیم عبدالله‌پور^۳، محسن محمدی^۴، سحرناز نجات^{۵*}

چکیده

زمینه و هدف: آلزایمر یک بیماری مزمن است که باعث ناتوانی‌های شناختی، تفکر، تغییرات شخصیتی و اختلال در فعالیت‌های روزمره می‌شود. به دلیل این اختلالات، بیماران نیاز به مراقبت طولانی مدت دارند. مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر، بیشتر در منزل توسط اعضای خانواده انجام می‌شود و همین امر باعث می‌شود مراقبان خانگی از نظر روحی، جسمی، عاطفی، اجتماعی و مالی دچار مشکل شوند. پرسنل بهداشتی نقش کلیدی در زمینه‌ی ارائه اطلاعات و راهنمایی و کمک به خانواده در کنترل این شرایط دارند. هدف از اجرای این مطالعه بررسی سطح آگاهی و نگرش در مورد بیماری آلزایمر در پرسنل سلامت (بهورزان) و تعیین عوامل مرتبط با آن است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی جهت بررسی سطح آگاهی و نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر و عوامل مرتبط با آن است. تمام ۲۶۰ نفر از بهورزان دو شهرستان گرگان و کردکوی به روش سرشماری جهت بررسی سطح آگاهی و نگرش در مورد بیماری آلزایمر و عوامل مرتبط با آن وارد مطالعه شدند. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (نمره کلی آگاهی و نگرش) از آزمون‌های T-test و آنالیز واریانس ANOVA در آنالیز bivariate استفاده شد. متغیرهایی که سطح معناداری ارتباط آن‌ها با متغیر پاسخ در آنالیز bivariate کمتر از ۰/۰۵ بود وارد مدل خطی شدند و در نهایت از مدل خطی چندگانه (multivariable) برای تعیین عوامل مرتبط با سطح آگاهی و نگرش استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سطح آگاهی ۴۶/۷۳٪ (۴۸/۱۶-۴۷/۴۵ CI: ۹۵ درصد) و میانگین سطح نگرش ۵۵/۶۱٪ (۵۶/۷۴-۵۴/۶۳ CI: ۹۵ درصد) به دست آمد. نتایج نشان می‌دهد، که آن‌هایی که سابقه‌ی آموزش قبلی، سابقه‌ی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر، سابقه‌ی کار طولانی‌تری در سیستم بهداشتی داشتند و دارای جنسیت مؤنث و متأهل بودند از سطح آگاهی بالاتر و افرادی که سابقه‌ی آموزش قبلی داشتند و دارای قومیت سیستانی بودند از نگرش بالاتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: به طور کلی سطح آگاهی بهورزان ۴۶/۷۳٪ از ۰-۱۰۰ و سطح نگرش ۵۵/۶۱٪ از ۰-۱۰۰ است. عواملی از جمله جنسیت، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا و وضعیت تأهل با سطح آگاهی بهورزان و عواملی از جمله قومیت و سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی با سطح نگرش بهورزان مرتبط بود.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، آلزایمر، کارکنان سلامت

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۷/۱۶

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۷/۲۲

* نویسنده مسئول:

سحرناز نجات:

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email:

Nejatsan@tums.ac.ir

۱ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ دانشیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات رشد و نمو کودکان، پژوهشکده پیشگیری اولیه از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴ دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یزد (شهید صدوقی)، یزد، ایران

۵ استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**مقدمه**

بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی بین سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۵۰، نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال دو برابر شده و از ۱۲٪ به ۲۲٪ خواهد رسید. تا سال ۲۰۵۰ جمعیت بالای ۶۰ سال، بیشتر از کودکان زیر ۵ سال خواهد شد (۱). تا سال ۲۰۳۵، درصد افراد بالای ۶۵ سال در ایران به ۱۰ درصد (بیش از ۴ میلیون نفر) و تا سال ۲۰۵۰، به بیش از ۱۹ میلیون نفر خواهد رسید (۲). با توجه به این که سرعت رشد جمعیت سالمندان سریع‌تر از گذشته است و همه‌ی کشورها از جمله ایران درگیر این چالش بزرگ هستند، آمادگی سیستم سلامت برای مقابله با مشکلات سلامتی پیش‌روی این دوران حایز اهمیت است (۲). همچنین طبق گزارش مرکز آمار ایران در سال ۹۵، جمعیت زیر ۱۵ سال ۲۴/۰۱٪ جمعیت ۶۵-۱۵ سال ۶۹/۸۹٪ و جمعیت ۶۵ سال به بالا ۶/۱٪ است (۳).

بیماری آلزایمر یکی از بیماری‌های مهم مرتبط با سن است که با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. شیوع جهانی دمانس در افراد بالای ۶۰ سال ۳/۹٪ است. ۱/۶٪ در آفریقا، ۴٪ در چین و مناطق اقیانوس آرام، ۴/۶٪ در آمریکای لاتین، ۵/۴٪ در اروپای غربی و ۶/۴٪ در آمریکای شمالی است. حدود ۵ میلیون مورد جدید در هر سال اتفاق می‌افتد که هر ۲۰ سال دو برابر می‌شود. میزان بروز آلزایمر در افراد بالای ۶۵ سال در اروپا ۱۹/۴ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر-سال است و در US میزان بروز ۱۵ به ازای ۱۰۰۰ نفر-سال است (۴). در ایران مانند سایر کشورها پیر شدن جمعیت در حال افزایش است. از آنجایی که بین بیماری آلزایمر و افزایش سن ارتباط زیادی وجود دارد، پیش‌بینی می‌شود که ۱۰-۸٪ سالمندان در ایران طی ۳-۲ دهه آینده به این بیماری مبتلا شوند (۵). آلزایمر بیماری مزمن پیش‌رونده‌ای است که باعث تحلیل سلول‌های عصبی در مغز افراد مبتلا می‌شود. به علت آسیب سلول‌های عصبی در بخشی از مغز که درگیر فعالیت‌های شناختی هستند، اختلالات شناختی از جمله از بین رفتن حافظه، اختلال تکلم، اختلال در حل مساله و مهارت تصمیم‌گیری ایجاد می‌شود. نشانه‌های رفتاری و روان شناختی زوال عقل (Behavioural and psychological Symptoms of Dementia (BPSD) یک جزء اصلی در بیماران مبتلا می‌باشد. از جمله این نشانه‌ها شامل آشفتگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، افسردگی، بی‌تفاوتی، محرومیت، دل‌سردی، توهم و تغییرات در خواب یا اشتهاست (۶). در این بیماری نوروها در دیگر بخش‌های مغز آسیب می‌بیند که باعث ناتوانی در فعالیت‌های روزمره از جمله راه رفتن، غذا خوردن، رانندگی، خرید، لباس پوشیدن می‌شود (۷و۸). با توجه به ناتوانی ایجاد

شده در این بیماری، افراد مبتلا برای انجام فعالیت‌های روزمره از جمله تهیه غذا، لباس پوشیدن، حمام کردن و انجام کارهای منزل نیازمند مراقبت طولانی مدت هستند (۹و۱۰). مراقبت طولانی مدت از بیماران اثرات منفی بر سلامت مراقبان می‌گذارد که باعث اضطراب، خستگی، اختلال در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی شده و همچنین باعث می‌شود که افراد وقت کافی برای ارتباط با دوستان و آشنایان خود را نداشته باشند و از نظر روحی دچار مشکل شوند (۱۱). از این رو شناخت و درک کافی مراقبان خانگی، در مورد بیماری آلزایمر برای داشتن مراقبت و ارتباط مؤثر با این بیماران و مدیریت این شرایط بسیار مهم است (۹و۱۰). تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که برنامه‌ی مداخله‌ای برای تسهیل نقش مراقبان و ارتقای حالت روحی و کیفیت زندگی آن‌ها ضروری است. در این برنامه‌ها باید به مراقبان یاد داده شود که چگونه از خود و بیمار مبتلا به آلزایمر از نظر جسمی و روانی مراقبت کنند. در این برنامه‌ها باید اطلاعات لازم در مورد بیماری و آموزش کافی در زمینه‌ی حل مشکلات پیش‌رو و همچنین اطلاعاتی در جهت کاهش استرس مراقبان، پیشنهاد انجام فعالیت‌های لذت‌بخش در روز و ارتقای مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیمار، به مراقبان داده شود (۱۲و۱۳). پرسنل بهداشتی نقش کلیدی در زمینه‌ی ارایه‌ی اطلاعات و راهنمایی و کمک به خانواده در کنترل این شرایط دارند (۱۴). اگر پرسنل بهداشتی آموزش کافی در مورد بیماری نداشته باشند قادر به ارایه‌ی اطلاعات درست به مراقبان خانگی نیستند و نمی‌توانند آن‌ها را در این زمینه راهنمایی کنند. بنابراین داشتن اطلاعات کافی و نگرش مثبت پرسنل بهداشتی در مورد بیماری، منجر به راهنمایی مؤثر به مراقبان می‌شود و در نتیجه باعث کاهش استرس‌ها و تأثیرات منفی این بیماری بر خود بیمار و مراقبان می‌شود (۱۳). در مطالعات متعدد نشان داده شد که آموزش در مورد بیماری تأثیر مثبتی در نگرش و دانش پرسنل بهداشتی دارد و می‌توان به روش‌های آموزشی از جمله برگزاری کارگاه آموزشی، سمینار و کتاب‌های آموزشی اشاره کرد (۱۴). با توجه به این که مطالعات محدودی در زمینه‌ی آگاهی و نگرش پرسنل سلامت در مورد بیماری آلزایمر در ایران انجام شده است و همچنین با توجه به اهمیت نقش به‌روزان در سلامت جامعه که در خط مقدم و سطح اول نظام سلامت ارایه خدمت می‌کنند و در زمینه‌های مختلف از جمله واکسیناسیون، مادر و کودک، آموزش بهداشت، بهداشت محیط، درمان بیماری‌های شایع، تأمین داروهای اساسی، کنترل بیماری‌های بومی و بهبود تغذیه به خوبی ایفای نقش کرده‌اند و نیاز به آمادگی پرسنل سلامت (به‌روزان) با توجه به نیاز امروز جامعه که به طور عمده

فرمول مورد نظر ابتدا برای تمامی متغیرها محاسبه و بیشترین حجم نمونه در نظر گرفته شد که مربوط به متغیر تجربه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر بود. میانگین و انحراف معیار در افرادی که سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا داشتند (۳/۲۵) و در افرادی که سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا نداشتند (۳/۳۴) ۱۸/۴۱ بود. در سطح اطمینان ۹۵٪ حجم نمونه‌ی لازم برای تعیین سطح آگاهی و نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر ۲۳۶ خواهد بود (۱۷).

$$D = \mu_1 - \mu_2 = 19/61 - 18/41 = 1/2$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1/96$$

$$Z_{1-\beta} = 0/84$$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = 118/19 \times 2 = 236$$

با توجه به این که حجم نمونه‌ی محاسبه شده ۲۳۶ محاسبه شده است و تعداد بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان گرگان و کردکوی ۲۶۰ نفر است، تصمیم گرفته شد که در نهایت به روش سرشماری به دلیل ریزش نمونه‌ها روی ۲۶۰ نفر کار انجام گیرد.

همان‌گونه که گفته شد، این مطالعه به منظور بررسی سطح آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط با آن در بهورزان در مورد بیماری آلزایمر انجام شده است. متغیرهای مستقل سن، جنسیت، قومیت، وضعیت تأهل، آخرین مدرک تحصیلی، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی، سابقه شرکت در کارگاه آموزشی در مورد بیماری، سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر و داشتن سابقه‌ی بیماری در بستگان درجه یک است

• آنالیز توصیفی

درصد و فراوانی متغیرهای گروه‌های سنی (زیر ۳۰ سال - بالای ۳۰ سال)، جنسیت، وضعیت تأهل، قومیت، آخرین مدرک تحصیلی، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی (زیر ۱۵ سال - بالای ۱۵ سال)، داشتن سابقه‌ی مراقبت، داشتن سابقه‌ی بیماری در بستگان درجه یک و داشتن سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی و همچنین میانگین و انحراف معیار سطح دانش و نگرش به صورت کلی و در هر حیظه محاسبه شد.

• آنالیز تحلیلی

نمره‌ی کلی سطح آگاهی و نگرش بهورزان به‌عنوان متغیر پاسخ یا وابسته و متغیرهای جنسیت، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سن، سابقه‌ی کار، سابقه‌ی مراقبت از بیمار آلزایمری، قومیت، وضعیت تأهل و داشتن سابقه‌ی

بیماری‌های غیر واگیر و مشکلات رفتاری است (۱۵)، تصمیم گرفته شد که سطح آگاهی و نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر در روستاهای شهرستان‌های گرگان و کردکوی بررسی گردد. لذا جهت سنجیدن سطح آگاهی و نگرش نیاز است ابزاری مناسب استفاده شود.

نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌های (Dementia Knowledge Assessment Scale) و (Dementia Attitude Scale) جهت سنجیدن سطح آگاهی و نگرش بهورزان استفاده گردید (۱۶).

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی با رویکرد توصیفی - تحلیلی است که به منظور بررسی آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط با آن در بهورزان خانه‌های بهداشت در روستاهای شهرستان‌های گرگان و کردکوی درباره بیماری آلزایمر انجام شده است. داده‌ها در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌های گرگان و کردکوی در نیمه‌ی دوم سال ۹۸ جمع‌آوری شدند. افرادی که در این مطالعه شرکت کردند، کل بهورزان روستاهای شهرستان‌های گرگان و کردکوی بودند. در شهرستان گرگان ۸۴ خانه‌ی بهداشت و ۲۱۰ بهورز و در شهرستان کردکوی ۲۰ خانه‌ی بهداشت و ۵۰ بهورز مشغول خدمت رسانی هستند. داده‌ها به روش سرشماری جمع‌آوری شدند.

داده‌ها در سطح مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان‌های گرگان و کردکوی جمع‌آوری شدند. با توجه به این که جلسات آموزشی و بازآموزی‌هایی در آخر هر ماه در سطح مرکز بهداشت شهرستان انجام می‌شود، از کلیه‌ی بهورزان زیر پوشش هر شهرستان برای شرکت در این جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد؛ با هماهنگی‌های قبلی، در روزهای تعیین شده پرسش‌نامه‌ی نهایی و استاندارد شده بین کلیه‌ی بهورزان توزیع و پس از پاسخ‌گویی به سوالات، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شدند. جهت دریافت پاسخ افرادی که در این جلسات شرکت نکردند براساس لیست حضور غیاب به مراکز روستایی مراجعه شد. جهت همکاری بیشتر، با هماهنگی مسئول بهورزان هر شهرستان، در گروه تلگرامی که متشکل از کلیه‌ی بهورزان بود، اطلاع‌رسانی لازم در مورد این کار تحقیقاتی انجام شد و همچنین قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها در روزهای تعیین شده، در ابتدا توضیحات لازم جهت تکمیل پرسش‌نامه به بهورزان داده و پرسش‌نامه توسط خود افراد پر شد.

• روش محاسبه‌ی حجم نمونه و تعداد آن



متغیرهایی را که P-value کمتر از ۰/۰۵ داشتند و معنی دار شدند در مدل نهایی نگه داشته و سایر متغیرها از مدل خارج شدند.

بیماری در بستگان درجه یک به عنوان متغیرهای مستقل هستند. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته از آزمون‌های T-test آنالیز واریانس ANOVA در آنالیز byvariate استفاده شد. متغیرهایی که سطح معناداری ارتباط آن‌ها با متغیر پاسخ در آنالیز byvariate کمتر از ۰/۲ بود، وارد مدل خطی شدند و در نهایت از مدل خطی چندگانه (multivariable) برای تعیین عوامل مؤثر بر سطح آگاهی و نگرش استفاده شد. در مدل خطی چندگانه (multivariable)

یافته‌ها

• نتایج آنالیز توصیفی

در جدول ۱، نتایج توزیع متغیرها را مشاهده می‌کنید.

جدول ۱: توزیع متغیرهای مستقل در بهورزان شهرستان‌های گرگان و کردکوی

| متغیرهای مستقل | N (%) |
|---|-------------|
| جنسیت | |
| مرد | ۵۷ (۲۱/۹٪) |
| زن | ۲۰۳ (۷۸/۱٪) |
| سن | |
| زیر ۳۰ سال | ۱۹ (۷/۳٪) |
| بالای ۳۰ سال | ۲۴۱ (۹۲/۷٪) |
| قومیت | |
| فارس | ۲۲۵ (۸۶/۵٪) |
| سیستانی | ۳۵ (۱۳/۵٪) |
| وضعیت تأهل | |
| مجرد | ۱۲ (۴/۶٪) |
| متأهل | ۲۳۵ (۹۰/۴٪) |
| مطلقه | ۶ (۲/۳٪) |
| بیوه | ۷ (۲/۷٪) |
| آخرین مدرک تحصیلی | |
| زیر دیپلم | ۱ (۰/۴٪) |
| دیپلم | ۲۰۶ (۷۹/۲٪) |
| فوق دیپلم | ۲۶ (۱۰٪) |
| لیسانس | ۲۷ (۱۰/۴٪) |
| سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی | |
| زیر ۱۵ سال | ۷۸ (۳۰٪) |
| بالای ۱۵ سال | ۱۸۲ (۷۰٪) |
| سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سمینار ... در مورد بیماری آلزایمر | |
| بله | ۲۷ (۱۰/۴٪) |
| خیر | ۲۳۳ (۸۹/۶٪) |
| سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر را در خانواده | |
| بله | ۳۱ (۱۱/۹٪) |
| خیر | ۲۲۹ (۸۸/۱٪) |
| سابقه‌ی بیماری آلزایمر در بستگان درجه یک | |
| بله | ۴۶ (۱۷/۷٪) |
| خیر | ۲۱۴ (۸۲/۳٪) |

مشاهده می‌کنید.

در جدول ۲ میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش در بهورزان را

جدول ۲: آنالیز توصیفی نمره‌ی کلی آگاهی و نگرش به‌روزان گرگان و کردکوی (n= ۲۶۰)

| حد اکثر | حداقل | حدود اطمینان ۹۵٪ | | میانگین | (انحراف معیار) | |
|---------|-------|------------------|----------|---------|----------------|-------|
| | | حد بالا | حد پایین | | | |
| ۷۶/۶۷ | ۱۸/۳۳ | ۴۵/۴۶ | ۴۸/۱۶ | ۴۶/۷۳ | (۱۱/۰۱) | آگاهی |
| ۸۳/۷۵ | ۳۷/۵۰ | ۵۴/۶۳ | ۵۶/۷۴ | ۵۵/۶۱ | (۸/۶۵) | نگرش |

از افراد مبتلا ۸۲/۳٪ افراد سابقه‌ی بیماری در بستگان درجه یک نداشتند. میانگین نمره‌ی کلی آگاهی در بین افراد در مورد بیماری آلزایمر ۴۶/۷۳٪ و میانگین نمره‌ی کلی نگرش ۵۵/۶۱٪ به دست آمد. نتایج در جداول ۱ و ۲ قابل مشاهده است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و نگرش را به تفکیک حیطه‌ها مشاهده می‌کنید.

میانگین سنی ۴۱ سال با انحراف معیار ۶/۷۱ سال بود و متوسط سال‌های تجربه‌ی کاری در سیستم بهداشتی ۱۸ سال با انحراف معیار ۷/۶۰ سال به دست آمد. ۷۹/۲۰٪ افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۰ درصد فوق دیپلم و ۱۰/۴۰٪ لیسانس داشتند. ۸۹/۶۰٪ شرکت‌کنندگان سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی یا سمینار در مورد بیماری آلزایمر را نداشتند. همچنین ۸۸/۱٪ افراد سابقه‌ی مراقبت

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از پرسش‌نامه آگاهی و نگرش به تفکیک حیطه‌ها

| حیطه‌های آگاهی | (انحراف معیار) | میانگین | حدود اطمینان ۹۵٪ | |
|---------------------------------|----------------|---------|------------------|----------|
| | | | حد بالا | حد پایین |
| حیطه‌ی علل و خصوصیات | (۱۷/۲۸) | ۴۹/۶۳ | ۵۱/۷۴ | ۴۷/۵۰ |
| حیطه‌ی ارتباط و رفتار | (۱۷/۵۷) | ۳۳/۲۰ | ۳۵/۵۱ | ۳۱/۲۵ |
| حیطه‌ی ملاحظات مراقبتی | (۱۸/۷۰) | ۵۲/۸۶ | ۵۵/۱۹ | ۵۰/۶۰ |
| حیطه‌ی عوامل خطر و ارتقای سلامت | (۱۸/۱۶) | ۴۷/۳۰ | ۴۹/۶۷ | ۴۵/۰۹ |
| حیطه‌های نگرش | (انحراف معیار) | میانگین | حد بالا | حد پایین |
| شناخت زوال عقل | (۱۰/۵۷) | ۵۹/۴۱ | ۶۰/۳۷ | ۵۷/۶۹ |
| راحتی اجتماعی | (۱۲/۲۳) | ۵۱/۸۰ | ۵۳/۲۲ | ۵۰/۳۴ |

جنسیت، سن، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، قومیت، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی و سابقه‌ی مراقبت از بیمار آلزایمری در خانواده را مشاهده می‌کنید.

● نتایج آنالیز تحلیلی

در جدول ۴ نتایج میانگین نمره‌ی آگاهی را در بین متغیرهای مستقل از جمله

جدول ۴: مقایسه نمره‌ی آگاهی در بین متغیرهای مستقل

| متغیر مستقل | n | (انحراف معیار) | میانگین | P-value |
|-------------------------------|-----|----------------|---------|----------|
| جنسیت | | | | |
| مرد | ۵۷ | (۱۰/۸۸) | ۴۲/۰۷ | P < .۰۰۱ |
| زن | ۲۰۳ | (۱۰/۷۲) | ۴۸/۰۴ | |
| سن | | | | |
| زیر ۳۰ سال | ۱۹ | (۱۶/۱۳) | ۴۹/۱۲ | ۰/۳۲ |
| بالای ۳۰ سال | ۲۴۱ | (۱۰/۵۳) | ۴۶/۵۴ | |
| سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی | | | | |
| زیر ۱۵ سال | ۷۸ | (۱۱/۱۲) | ۴۴/۷۲ | ۰/۰۵ |
| بالای ۱۵ سال | ۱۸۲ | (۱۰/۸۸) | ۴۷/۶۰ | |
| سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی | | | | |
| بله | ۲۷ | (۱۱/۵۲) | ۵۳/۵۱ | P < .۰۰۱ |
| خیر | ۲۳۳ | (۱۰/۷۰) | ۴۵/۹۵ | |



| سابقه‌ی مراقبت از بیمار آلزایمری در خانواده | | | | |
|---|-------|---------|-----|-----------|
| P<۰/۰۰۱ | ۵۱/۷۲ | (۱۳/۶۹) | ۳۱ | بله |
| | ۴۶/۰۶ | (۱۰/۴۵) | ۲۲۹ | خیر |
| سابقه‌ی بیماری در بستگان درجه یک | | | | |
| ۰/۴۷ | ۴۷/۷۸ | (۱۳/۷۸) | ۴۶ | بله |
| | ۴۶/۵۱ | (۱۰/۴۶) | ۲۱۴ | خیر |
| قومیت | | | | |
| ۰/۱۹ | ۴۷/۰۸ | (۱۱/۳۶) | ۲۲۵ | فارس |
| | ۴۴/۴۷ | (۸/۲۰) | ۳۵ | سیستانی |
| وضعیت تأهل | | | | |
| ۰/۱۸ | ۴۵/۱۳ | (۱۰/۲۶) | ۱۲ | مجرد |
| | ۴۷/۱۶ | (۱۱/۱۹) | ۲۳۵ | متأهل |
| | ۴۱/۱۱ | (۶/۹۶) | ۶ | مطلقه |
| | ۴۰/۰۰ | (۴/۶۱) | ۷ | بیوه |
| آخرین مدرک تحصیلی | | | | |
| ۰/۲۴ | ۲۵ | | ۱ | زیر دیپلم |
| | ۴۶/۹۳ | (۱۱/۰۹) | ۲۰۶ | دیپلم |
| | ۴۵/۸۳ | (۹/۷۰) | ۲۶ | فوق دیپلم |
| | ۴۶/۹۱ | (۱۱/۳۰) | ۲۷ | لیسانس |

در جدول ۵ نتایج نمره‌ی نگرش را در بین متغیرهای مستقل از جمله سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی و سابقه‌ی مراقبت از بیمار آلزایمری در خانواده جنسیت، سن، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، قومیت، وضعیت تأهل، را مشاهده می‌کنید.

جدول ۵: مقایسه‌ی نمره نگرش در بین متغیرهای مستقل

| متغیر مستقل | n | (انحراف معیار) | میانگین | P-value |
|---|-----|----------------|---------|---------|
| جنسیت | ۵۷ | (۹/۷۲) | ۵۷/۰۱ | ۰/۱۶ |
| | ۲۰۳ | (۸/۳۰) | ۵۵/۲۱ | |
| سن | ۱۹ | (۱۱/۸۶) | ۵۷/۰۳ | ۰/۴۵ |
| | ۲۴۱ | (۳۶/۸) | ۵۵/۴۹ | |
| سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی | ۷۸ | (۸/۷۱) | ۵۵/۴۳ | ۰/۸۲ |
| | ۱۸۲ | (۸/۶۴) | ۵۵/۶۸ | |
| سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی | ۲۷ | (۱۱) | ۶۰/۰۹ | ۰/۰۰۴ |
| | ۲۳۳ | (۸/۲۰) | ۵۵/۰۹ | |
| سابقه‌ی مراقبت از بیمار آلزایمری در خانواده | ۳۱ | (۹/۵۵) | ۵۸/۱۴ | ۰/۰۸ |
| | ۲۲۹ | (۸/۴۸) | ۵۵/۲۶ | |
| سابقه‌ی بیماری در بستگان درجه یک | ۴۶ | (۹/۰۶) | ۵۴/۴۰ | ۰/۲۹ |
| | ۲۱۴ | (۸/۶۵) | ۵۵/۸۷ | |

| قومیت | | | | |
|--------------------------|------|-------|---------|-----|
| فارس | ۰/۰۵ | ۵۵/۲۰ | (۸/۶۷) | ۲۲۵ |
| سیستانی | | ۵۸/۲۵ | (۸/۱۱) | ۳۵ |
| وضعیت تأهل | | | | |
| مجرد | | ۵۴/۵۸ | (۱۰/۲۸) | ۱۲ |
| متأهل | ۰/۷۰ | ۵۵/۸۰ | (۸/۶۰) | ۲۳۵ |
| مطلقه | | ۵۲/۹۱ | (۵/۸۹) | ۶ |
| بیوه | | ۵۵/۶۱ | (۸/۶۵) | ۷ |
| آخرین مدرک تحصیلی | | | | |
| زیر دیپلم | | ۵۵/۰۹ | (۸/۰۳) | ۱ |
| دیپلم | ۰/۲۱ | ۵۸/۴۶ | (۷/۷۷) | ۲۰۶ |
| فوق دیپلم | | ۵۶/۹۴ | (۱۲/۸۹) | ۲۶ |
| لیسانس | | | | ۷ |

از بین متغیرهای مستقلی که ارتباط آن‌ها با متغیر وابسته در آنالیز دو متغیره بررسی شدند، متغیرهایی که دارای P-value کمتر از ۰/۲ بودند، با روش Enter وارد مدل رگرسیونی چند متغیره شدند و مدل نهایی رگرسیونی پس از حذف متغیرهایی که سطح معناداری آن‌ها بیشتر از ۰/۰۵ بود به دست آمد (۱۸).

در جداول ۶ و ۷ عوامل مرتبط با سطح دانش و نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر را مشاهده می‌کنید.

همان‌گونه که در جدول ۴ و ۵ ملاحظه می‌شود در آنالیز دو متغیره متغیرهای جنسیت، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر، قومیت و وضعیت تأهل در رابطه با سطح آگاهی (متغیر وابسته) دارای P-value کمتر از ۰/۲ بودند. متغیرهای جنسیت، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، قومیت و سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر در رابطه با سطح نگرش (متغیر وابسته) دارای P-value کمتر از ۰/۲ بودند.

جدول ۶: عوامل مرتبط با سطح دانش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر در مدل رگرسیونی چند متغیره

| Sig | T | Standardized Coefficients (ضرایب استاندارد) Beta | Unstandardized coefficients (ضرایب غیراستاندارد) Std. Error B | متغیر |
|-----------|-------|--|---|---|
| P > ۰/۰۰۱ | ۵/۰۹ | | ۸/۰۰ | Constant (ضریب پایه) |
| P > ۰/۰۰۱ | ۴/۴۰ | ۰/۲۵ | ۱/۵۵ | جنسیت (زنان / مردان) |
| ۰/۰۱ | ۲/۶۰ | ۰/۱۵ | ۱/۴۵ | سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی (بالای ۱۵ سال / زیر ۱۵ سال) |
| ۰/۰۰۳ | -۰/۰۳ | -۰/۱۷ | ۲/۰۹ | سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی (خیر / بله) |
| ۰/۰۰۶ | -۲/۷۵ | -۰/۱۶ | ۱/۹۷ | سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا (خیر / بله) |
| ۰/۰۳ | ۲/۱۷ | ۰/۲۱ | ۵/۰۷ | وضعیت تأهل (مجرد) (مجرد / بیوه) |
| ۰/۰۱ | ۲/۵۱ | ۰/۲۶ | ۳/۹۸ | وضعیت تأهل (متأهل) (متأهل / بیوه) |
| ۰/۷۵ | ۰/۳۰ | ۰/۲۴ | ۵/۶۸ | وضعیت تأهل (مطلقه) (مطلقه / بیوه) |



جدول ۷: عوامل مرتبط با نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر در مدل رگرسیونی چند متغیره

| Sig | T | Standardized | Unstandardized coefficients | | متغیر |
|-----------|-------|--------------|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| | | Coefficients | Std.Error | B | |
| | | Beta | | | Constant |
| P < ۰/۰۰۱ | ۱۸/۷۰ | | ۳/۴۰ | ۶۳/۶۰ | ضریب پایه |
| ۰/۰۰۴ | -۲/۸۷ | -۰/۱۷ | ۱/۷۲ | -۴/۹۵ | سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی |
| ۰/۰۰۴ | ۱/۹۳ | ۰/۱۱ | ۰/۵۱ | ۰/۹۹ | خیر / بله قومیت |

(سیستانی / فارس)

در این مطالعه دارای جنسیت مؤنث بودند. میانگین سنی بهورزان ۴۱ سال بود و به طور متوسط دارای سابقه‌ی کاری ۱۸ سال در سیستم بهداشتی بودند. این نشان می‌دهد که اکثریت دارای سابقه‌ی کاری بالا هستند. ۷۹/۲٪ بهورزان دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند و اکثریت افراد سابقه‌ی آموزش یا مراقبت قبلی از بیمار مبتلا به آلزایمر را نداشتند. مطالعه‌ی Scerri و همکاران که بر روی دانشجویان پرستاری مالت انجام شد، نشان داد که ۷۴/۶٪ افراد مؤنث و ۲۵٪ مذکر و دارای میانگین سنی ۲۲/۶ سال بودند. ۸۴/۶٪ سابقه‌ی مراقبت قبلی و ۵۱/۴٪ سابقه‌ی آموزش در مورد بیماری را داشتند و ۱۳/۹٪ در بستگان خود سابقه‌ی بیماری داشتند (۱۷). در مطالعه‌ی دیگر که در سال ۲۰۱۳ در بنگلور هند توسط Poreddi و همکاران انجام شد، نشان داد که ۹۷/۶٪ شرکت‌کنندگان مؤنث بودند و ۵۲/۴٪ زیر ۲۰ و ۴۷/۶٪ بالای ۲۰ سال داشتند (۱۹). در مطالعه‌ی Smyth و همکاران که در مورد بررسی سطح دانش کارکنان سلامت درباره‌ی بیماری آلزایمر در سال ۲۰۱۳ در استرالیا انجام شد، نشان داد که ۷۸/۵٪ شرکت‌کنندگان مؤنث بودند. ۱۷/۳٪ زیر ۳۰ سال، ۵۱/۷٪ ۳۰-۵۰ سال، و ۳۱٪ بالای ۵۰ سال داشتند. ۷۰/۶٪ سابقه‌ی بیماری در خانواده نداشتند. ۷۹/۲٪ سابقه‌ی آموزش قبلی در مورد بیماری نداشتند و ۴۱/۴٪ سابقه‌ی مراقبت از بیماران داشتند (۲۰). در مطالعه‌ی دیگر که توسط Annear و همکاران انجام شد، نشان داد که ۸۹/۳٪ افراد شرکت‌کننده در این مطالعه را زنان تشکیل دادند و دارای میانگین سنی ۵۳ سال بودند. ۸۵٪ افراد سابقه‌ی آموزش در مورد بیماری داشتند و ۴۵/۳٪ در خانواده‌ی خود بیمار آلزایمری داشتند. ۹۳/۲٪ سابقه‌ی مراقبت قبلی داشتند (۲۱). در مطالعه‌ی که در مالزی بر روی داروسازان انجام شد، نشان داد که ۳۹/۱٪ سابقه‌ی کاری زیر ۳ سال، ۴۲/۲٪ ۷-۴ سال، ۱۵/۷٪ ۱۱-۸ سال، ۲/۲٪ ۱۴-۱۲ سال و ۰/۷٪

همان‌گونه که در جداول ۶ و ۷ ملاحظه می‌شود، متغیرهایی که رابطه معناداری با متغیر وابسته داشتند، یعنی سطح معناداری آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ بود مدل نهایی را تشکیل دادند (کلیه‌ی سطوح متغیر dummy در مدل حضور دارند). در این مدل متغیرهای جنسیت، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی و وضعیت تأهل در مدل رگرسیونی پیش‌بینی‌کننده‌ی عوامل مرتبط با سطح آگاهی و متغیرهای سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی و قومیت در مدل رگرسیونی پیش‌بینی‌کننده عوامل مرتبط با سطح نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر در این مطالعه است. میانگین نمره‌ی کلی آگاهی زنان نسبت به مردان ۶/۸۳ بیشتر بود و افرادی که سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی نداشتند نسبت به افرادی که سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی داشتند ۶/۳۵ کمتر بود. همچنین نمره‌ی کلی آگاهی بهورزانی که سابقه‌ی کار آن‌ها در سیستم بهداشتی بالای ۱۵ سال بود، نسبت به افرادی که زیر ۱۵ سال سابقه‌ی کار داشتند ۳/۷۹ بیشتر بود. میانگین نمره‌ی کلی آگاهی افرادی که سابقه‌ی مراقبت از بیماران مبتلا را داشتند نسبت به افرادی که سابقه‌ی مراقبت نداشتند، ۵/۴۳ بیشتر است. میانگین نمره‌ی کلی نگرش افرادی که سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی نداشتند نسبت به افرادی که سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی داشتند به اندازه‌ی ۴/۹۵ کمتر بود و همچنین میانگین نمره‌ی کلی نگرش افرادی که قومیت سیستانی داشتند نسبت به افرادی که فارس بودند ۰/۹۹ بیشتر بود.

بحث

• نتایج توصیفی متغیرها

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت افراد شرکت‌کننده

● نگرش

نمره‌ی نگرش کلی $0.55/0.61$ (CI: $0.54/0.63 - 0.56/0.74$) درصد) و نمره‌ی کسب شده در حیطه‌ی شناخت زوال عقل $0.59/0.41$ و در حیطه‌ی راحتی اجتماعی $0.51/0.80$ بود. $0.63/0.8$ افراد موافق بودند کار کردن با افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند باعث خشنودی و ثواب است. $0.56/0.20$ افراد با دست زدن به افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند مشکلی ندارند. $0.51/0.90$ از افرادی که بیماری آلزایمر دارند نمی‌ترسند. $0.53/0.10$ موافق بودند که بیماران مبتلا به آلزایمر نیازهای متفاوتی دارند. $0.60/0.40$ افراد موافق بودند که در حال حاضر می‌توانیم برای بهبود زندگی افراد مبتلا به بیماری آلزایمر اقدامات زیادی انجام دهیم. $0.44/0.60$ افراد موافق بودند که افراد مبتلا به بیماری آلزایمر می‌توانند از زندگی لذت ببرند. در مقایسه با مطالعه‌ی حاضر نتایج حاصل از مطالعه‌ی ای که در هند توسط Poreddi و همکاران بر روی دانشجویان پرستاری انجام گرفت نشان داد که نگرش کلی دانشجویان پرستاری نسبت به بیماران مبتلا به آلزایمر مثبت است و نمره‌ی کلی نگرش 0.95 به دست آمد و همچنین نمره کسب شده در حیطه‌ی راحتی اجتماعی $0.45/0.50$ و در حیطه‌ی شناخت زوال عقل $0.49/0.40$ بود. $0.69/0.70$ افراد موافق بودند کار کردن با افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند باعث خشنودی و ثواب است. $0.73/0.70$ افراد با دست زدن به افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند مشکلی ندارند. $0.67/0.20$ از افرادی که بیماری آلزایمر دارند نمی‌ترسند. $0.74/0.60$ موافق بودند که بیماران مبتلا به آلزایمر نیازهای متفاوتی دارند. $0.80/0.78$ افراد موافق بودند که در حال حاضر می‌توانیم برای بهبود زندگی افراد مبتلا به بیماری آلزایمر اقدامات زیادی انجام دهیم. $0.30/0.62$ افراد موافق بودند که افراد مبتلا به بیماری آلزایمر می‌توانند از زندگی لذت ببرند (۱۹). نتایج حاصل از مطالعه‌ی ای که $0.20/0.15$ توسط Khonje و همکاران انجام گرفت نشان داد که به طور کلی نگرش افراد نسبت به بیماران مثبت بود و هیچ ارتباطی بین سطح دانش و نگرش یافت نشد (۲۴). نتایج حاصل از مطالعه‌ی مظلومی و همکاران نشان داد که وضعیت نگرش افراد در حد متوسط بود (۲۵). مطالعه‌ی Scerri و همکاران نشان داد که دانشجویان پرستاری مالت از نگرش مثبت نسبت به بیماران مبتلا به آلزایمر برخوردارند (۱۷).

● نتایج تحلیلی و تعیین عوامل مرتبط با سطح آگاهی و نگرش

جنسیت، سن، قومیت، وضعیت تأهل، آخرین مدرک تحصیلی، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سابقه‌ی مراقبت

بالای ۱۵ سال داشتند. $0.83/0.4$ شرکت‌کنندگان زن بودند و $0.75/0.3$ زیر ۳۰ سال، $0.23/0.8$ $0.31-0.40$ سال و $0.09/0.9$ $0.41-0.50$ سال داشتند (۲۲).

● آگاهی

میانگین نمره‌ی کلی آگاهی بهورزان در مورد بیماری آلزایمر $0.46/0.73$ ($0.48/0.16$ CI: $0.45/0.66$) درصد) کمترین درصد پاسخ‌های صحیح به سوالات بخش آگاهی مربوط به سوالات ۳، ۶، ۷ از حیطه‌ی علل و خصوصیات، سوالات ۸ و ۱۳ از حیطه‌ی عوامل خطر و ارتقای سلامت، سوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ از حیطه‌ی ارتباط و رفتار و سوالات ۲۶ و ۲۸ از حیطه‌ی ملاحظات مراقبتی بود. به طور کلی آگاهی در تمام حیطه‌ها نسبتاً پایین بود مخصوصاً در حیطه‌ی ارتباط و رفتار. در مطالعه‌ی ای که توسط Annear و همکاران انجام شد، نشان داد که عوامل خطر زوال عقل در بین پاسخ دهندگان به خوبی درک نشده بود و در حیطه‌ی عوامل خطر و ارتقای سلامت نمره‌ی پایینی کسب کردند (۲۱). در مطالعه‌ی ای که توسط Smyth و همکاران در مورد بررسی سطح دانش کارکنان سلامت درباره‌ی بیماری آلزایمر در سال ۲۰۱۳ در استرالیا انجام شد، نشان داد که سطح دانش کارکنان سلامت (پزشک، پرستار، کارشناسان بهداشت و کارکنان پشتیبانی) در حد متوسط است. سطح دانش در مورد عوامل خطر و دوره بیماری پایین بود (۲۰).

در مطالعه‌ی دیگر که در سال ۲۰۱۳ در بنگلور هند توسط Poreddi و همکاران انجام شد، به بررسی سطح دانش و نگرش دانشجویان پرستاری در مورد زوال عقل پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح دانش در مورد بیماری ناکافی و نمره‌ی دانش ($0.16/0.8$) از 0.30 به دست آمد (۱۹). در مطالعه‌ی ای که در ایران توسط جعفر جلال و همکاران در این زمینه انجام شد نشان داد سطح دانش در مورد بیماری آلزایمر پایین است. میانگین نمره‌ی دانش $0.17/0.47$ از 0.30 به دست آمد. بیشترین درصد پاسخ‌های صحیح مربوط به آیتم تأثیر بیماری بر زندگی بود و کمترین درصد مربوط به آیتم‌های عوامل خطر و مراقبت بود (۲۳). نتایج حاصل از مطالعه‌ی ای که در سال ۲۰۱۵ توسط Khonje و همکاران انجام گرفت نشان داد که سطح دانش در مورد بیماری زوال عقل پایین است و تنها 0.10 افراد می‌دانستند که زوال عقل چیست (۲۴). نتایج حاصل از مطالعه‌ی مظلومی و همکارانش نشان داد که وضعیت آگاهی افراد در مورد بیماری خوب بود (۲۵). مطالعه‌ی Scerri و همکاران نشان داد که دانشجویان پرستاری مالت از دانش کافی نسبت به بیماران مبتلا به آلزایمر برخوردارند (۱۷).



از بیماران مبتلا و سابقه‌ی بیماری در بستگان درجه یک، به عنوان عوامل مرتبط در نظر گرفته شدند. بعد از آنالیزهای آماری دو متغیره و چند متغیره، عواملی از جمله: جنسیت، سابقه‌ی کار در سیستم بهداشتی، سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی، سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا و وضعیت تأهل با سطح آگاهی بهورزان و عواملی از جمله قومیت و سابقه‌ی شرکت در کارگاه آموزشی با سطح نگرش بهورزان مرتبط بود. سطح آگاهی در افرادی که آموزش قبلی در مورد بیماری داشتند ۵۳/۵۱ نسبت به افرادی که آموزش ندیدند ۴۵/۹۵ و همچنین سطح نگرش هم در افرادی که آموزش قبلی در مورد بیماری داشتند ۶۰/۰۹ نسبت به افرادی که آموزش در این زمینه ندیدند ۵۵/۰۹ دارای تفاوت معنی دار بود. در مطالعه‌ی Smyth و همکاران جنسیت، سن، گروه‌های مختلف حرفه‌ای، داشتن سابقه‌ی بیماری در خانواده، محیط کار، سابقه‌ی مراقبت شخصی از بیمار مبتلا به آلزایمر، داشتن سابقه آموزش در مورد بیماری یا آموزش در دوره‌ی تحصیل در دانشگاه و شهری یا روستایی بودن به عنوان عوامل مرتبط با سطح دانش در نظر گرفته شدند. از این میان متغیرهای گروه‌های مختلف حرفه‌ای، سن، داشتن سابقه‌ی مراقبت شخصی از بیمار، داشتن آموزش دانشگاهی یا سایر آموزش اختصاصی در مورد بیماری معنادار شدند و در نتیجه به عنوان عوامل مرتبط با سطح دانش کارکنان سلامت در این مطالعه مطرح شدند (۲۰). در مطالعه‌ی دیگر که در بنگلور هند توسط Poredi و همکاران انجام شد، عامل‌هایی مانند جنسیت، سن، سال تحصیلی، مذهب و روستایی و شهری بودن به عنوان عوامل دموگرافیک در نظر گرفته شدند. تفاوت معناداری بین سطح دانش و نگرش دانشجویان در سال‌های سوم و چهارم تحصیلی مشاهده شد. نمره سطح دانش در دانشجویان سال چهارم (۱۷/۸) و نمره‌ی سطح دانش در دانشجویان سال سوم (۱۵/۸) بود. نتایج نشان داد که دانشجویان آموزش کافی در مورد بیماری نداشتند (۱۹).

مطالعه‌ی جعفر جلال و همکاران، متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت شغلی، سابقه‌ی بیماری در خانواده و نزدیکان، سابقه‌ی مراقبت از بیمار مبتلا، طول مدت مراقبت از بیماران و دریافت اطلاعات در مورد بیماری در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد سطح دانش در مورد بیماری به طور معناداری با سطح تحصیلات، تجربه‌ی مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر، داشتن شغلی مرتبط با سلامت و دریافت اطلاعات در مورد بیماری ارتباط داشت. آموزش مناسب می‌تواند سطح دانش افراد را در مورد بیماری را افزایش دهد (۲۳).

نتایج حاصل از مطالعه‌ی Khonje و همکاران انجام گرفت نشان داد که متغیرهای سن، جنسیت، زبان مادری، مذهب، سطح تحصیلات، شغل، درآمد ماهیانه، تعداد اعضای خانواده، تعداد افراد بالای ۶۰ سال در منزل، وضعیت تأهل، سابقه‌ی بیماری در خانواده و نزدیکان و زندگی با افراد بیمار به عنوان متغیرهای مرتبط با سطح دانش و نگرش در نظر گرفته شدند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین افرادی که از بیمار مبتلا در منزل خود مراقبت می‌کردند وجود داشت (۲۴). نتایج حاصل از مطالعه‌ی مظلومی و همکاران نشان داد که جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، داشتن بیماری در خانواده، تجربه‌ی مراقبت و مدت زمان مراقبت، حقوق ماهیانه از جمله عوامل مرتبط در نظر گرفته شدند. بین آگاهی و عملکرد همبستگی وجود داشت. سطح تحصیلات ارتباط معناداری با سطح آگاهی داشت و بین سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت زمان مراقبت با سطح نگرش رابطه‌ی آماری معناداری وجود داشت. هیچ‌کدام از متغیرها با نمره‌ی عملکرد رابطه‌ی معناداری نداشتند (۲۵). مطالعه‌ی Scerri و همکاران نشان داد که سن، سال‌های تحصیل، داشتن تجربه‌ی مراقبت از بیمار و آموزش در مورد بیماری در طول دوره‌ی تحصیلی همگی در ارتباط با افزایش دانش و نگرش بودند (۱۷). در مطالعه‌ی دیگر که توسط Annear و همکاران انجام شد، نشان داد که افرادی که در زمینه‌ی بیماری آموزش آکادمیک دیده بودند و تجربه‌ی مراقبت داشتند و شهری بودند، نمره‌ی بالاتری کسب کردند (۲۱).

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که با توجه به نتایجی که از مطالعه‌ی ما به دست آمد، می‌توان گفت که میانگین سطح آگاهی 46.73% ($45.46\% - 48.16\%$ CI: ۹۵ درصد) و میانگین سطح نگرش 55.61% ($56.74\% - 54.63\%$ CI: ۹۵ درصد) به دست آمد. آن‌هایی که سابقه‌ی آموزش قبلی، سابقه‌ی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر، سابقه‌ی کار بالاتری در سیستم بهداشتی داشتند و دارای جنسیت مؤنث و متأهل بودند از سطح آگاهی بالاتر و افرادی که سابقه آموزش قبلی داشتند و دارای قومیت سیستانی بودند از نگرش بالاتری برخوردار بودند.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط با آن در بهورزان درباره‌ی بیماری آلزایمر» و دارای کد اخلاق

IR.TUMS.VCR.REC.1398.468 از دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. و همچنین از کلیه‌ی بهورزان که در تکمیل پرسش‌نامه ما را یاری کردند، بدین وسیله از زحمات و راهنمایی‌های استادان محترم در انجام این پژوهش سپاسگزاریم.

References

1. World Health Organization. Dementia. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 2018.
2. Mirzaie M & Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. *Iranian Journal of Ageing* 2017; 12(2): 156-69[Article in Persian].
3. Statistical Center of Iran. General results of the 1395 population and housing census of the whole country. Vice president of program and budget, Statistical center of Iran. Available at: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1398/n-koli95.pdf>. 2018.
4. Qiu C, Kivipelto M & Von-Strauss E. Epidemiology of Alzheimer's disease: Occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2009; 11(2): 111-28.
5. Navipour E, Neamatshahi M, Barabadi Z, Neamatshahi M & Keykhosravi A. Epidemiology and risk factors of Alzheimer's disease in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Public Health* 2019; 48(12): 2133-9.
6. Cerejeira J, Lagarto L & Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology* 2012; 3(1): 73.
7. Burns A & Iliffe S. Alzheimer's disease. *British Medical Journal* 2009; 338(1): b158.
8. Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's and Dementia, the Journal of the Alzheimer's Association* 2017; 13(4): 325-73.
9. Spector A, Orrell M & Goyder J. A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews* 2013; 12(1): 354-64.
10. Richardson TJ, Lee SJ, Berg-Weger M & Grossberg GT. Caregiver health: Health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15(7): 367.
11. Ramezani A, Azimi-Lolaty H, Bastani F & Haghani H. Family caregivers burden and its related factors among Iranian elderly psychiatric patients' caregivers. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018; 12(2): e9311.
12. Karagkiozi K, Margaritidou P, Egkiazarova M, Toumpalidou M, Makri M & Kosta-Tsolaki M. Interventions for caregivers of people with dementia in Greece. *Journal of Family Medicine* 2017; 4(5): 1125.
13. Kajiyama B, Thompson LW, Eto-Iwase T, Yamashita M, Di-Mario J, Marian-Tzuang Y, et al. Exploring the effectiveness of an internet-based program for reducing caregiver distress using the iCare stress management e-training program. *Aging and Mental Health* 2013; 17(5): 544-54.
14. Grant LA, Kane RA, Potthoff SJ & Ryden M. Staff training and turnover in Alzheimer special care units: Comparisons with non-special care units: More dementia-specific training resources should be made available to all staff to improve training effectiveness and reduce turnover. *Geriatric Nursing* 1996; 17(6): 278-82.
15. Malekafzali H. Primary health case in Islamic Republic of Iran. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2014; 12(2): 1-10[Article in Persian].
16. Khajeh Z, Nedjat S, Yazdani K, Abdollpour E & Mohammadi M. Validity and reliability of the Persian version of dementia knowledge assessment scale and dementia attitude scale in Iranian health workers about Alzheimer's disease. *Journal of Medical Council of Iran* 2021; 39(3): 190-8[Article in Persian].



17. Scerri A & Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia - A questionnaire survey. *Nurse Education Today* 2013; 33(9): 962-8.
18. Jewell NP. *Statistics for epidemiology*. 1st^{ed}. London: Routledge; 2003: 186-206.
19. Poreddi V, Carpenter BD, Gandhi S, Chandra R & Gandhi-Suresh-Bada-Math S. Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: An Indian perspective. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* 2015; 33(3): 519-28.
20. Smyth W, Fielding E, Beattie E, Gardner A, Moyle W, Franklin S, et al. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics* 2013; 13(1): 2.
21. Annear MJ. Knowledge of dementia among the Australian health workforce: A national online survey. *Journal of Applied Gerontology* 2020; 39(1): 62-73.
22. Mat-Nuri TH, Hong YH, Ming LC, Mohd-Joffry S, Othman MF & Neoh CF. Knowledge on Alzheimer's disease among public hospitals and health clinics pharmacists in the state of Selangor, Malaysia. *Frontiers in Pharmacology* 2017; 8(1): 739.
23. Jafarjalal E, Haghani H, Carpenter B, Sajady M & Farahaninia M. Knowledge about Alzheimer's disease among individuals going to neighborhood houses in northern regions of Tehran, Iran. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Knowledge-about-Alzheimer%E2%80%99s-disease-among-going-to-Jafarjalal-Haghani/23e55b9be560296af79e8c1254214caec07efb40>. 2017.
24. Khonje V, Milligan C, Yako Y, Mabelane M, Borochowitz KE & De-Jager CA. Knowledge, attitudes and beliefs about dementia in an urban Xhosa-speaking community in South Africa. *Advances in Alzheimer's Disease* 2015; 4(2): 21.
25. Mazloomi-Mahmoodabad SS, Zahed S, Emami M, Barekatin M, Shahnazi H & Mahaki B. A study on the evaluation of relationship between the predisposing factors and practice and demographic variables in caregivers of patients with Alzheimer's diseases. *Journal of Isfahan Medical School* 2015; 33(329): 429-41 [Article in Persian].

A Survey on the Knowledge and Attitude and its Related Factors in Health Care Providers about Alzheimer's Disease

Zahra Khaje¹ (M.S.), Kamran Yazdani² (Ph.D.), Ibrahim Abdollahpour³ (Ph.D.),
Mohsen Mohammadi⁴ (M.S.), Saharnaz Nedjat^{5*} (Ph.D.)

1 Master of Science in Epidemiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Associate Professor, Department Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Department of Epidemiology, Child Growth and Development Research Center, Research Institute for Primordial Prevention of Non-Communicable Disease, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4 Ph.D. Candidate in Epidemiology, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

5 Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Knowledge Utilization Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received: 8 Oct. 2022

Accepted: 14 Oct. 2023

Background and Aim: Alzheimer's is a chronic disease that causes cognitive disabilities, thinking, personality changes and disruptions in daily activities. Due to these disorders, patients need long-term care. Most care for Alzheimer's patients is done at home by family members, which makes home caregivers mentally, physically, emotionally, socially and financially vulnerable. Health personnel have a key role to play in providing information and guidance and helping the family control these conditions. The purpose of this study was to examine the level of knowledge and attitude of health workers and determine the related factors.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional study to evaluate the level of knowledge and attitude of health workers about Alzheimer's disease and its related factors. All 260 health workers of Gorgan and Kordkuy districts were studied by census method to assess their knowledge and attitude about Alzheimer's disease and its related factors. ANOVA and T-tests were used to determine the relationship between the independent variables and the dependent variable. Variables whose significant level of correlation with response variable was less than 0.2 in bivariate analysis were entered into the regression model and finally multiple linear regression was used to determine the factors related to level of knowledge and attitude.

Results: The mean level of knowledge was 46.73% (95% CI, 45.46 to 48.16) and the mean level of attitude was 55.61% (95% CI, 54.63 to 56.74). The results show that those with a history of previous education, a history of caring for Alzheimer's patients, a higher level of work experience in the health care system, and having a female gender and be married have higher levels of knowledge and those with a history of previous education and Sistani descent had a higher attitude.

Conclusion: In general, the mean level of knowledge was 46.73(0-100) and the mean level of attitude was 55.61(0-100). Factors such as: gender, work history in the health system, history of participating in educational workshops, history of caring for sick patients, and marital status were related to the level of knowledge and factors such as ethnicity and history of participating in the training workshop were related to the level of attitude of the health care providers.

Keywords: Knowledge, Attitude, Alzheimer's, Health Workers

* Corresponding Author:

Nedjat S

Email:

Nejatsan@tums.ac.ir