

## بررسی شناخت، ادراک خطر و رفتارهای محافظتی ام اس (Multiple Sclerosis) در شهرستان سنندج

سحر خوش روش<sup>1</sup>، پروانه تیموری<sup>2</sup>، سجاد عبدالملکی<sup>3</sup>، پیام خماند<sup>4</sup>، مریم پرواره<sup>5</sup>

1. دانش آموخته رشته آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
2. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، (مولف مسوول)، تلفن ثابت: 087-33664658 داخلی 8418، parvaneh.tay@gmail.com
3. دانشجوی رشته پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
4. استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی توحید، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
5. کارشناس مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** اپیدمیولوژی ام اس در دهه های اخیر نشان دهنده افزایش شیوع این بیماری در سراسر جهان و ایران است. در این پژوهش، شناخت، رفتارهای محافظتی و ادراک خطر از بیماری ام اس بر حسب ویژگیهای دموگرافیک و متغیرهای پیش بینی کننده ادراک خطرو رفتارهای محافظتی بیماری ام اس مورد بررسی قرار گرفت.

**روش بررسی:** در یک مطالعه مقطعی تعداد 800 نفر از افراد بالای 15 سال شهر سنندج به روش نمونه گیری خوشه ای - تصادفی پرسش نامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، سنجش شناخت، ادراک خطرو انجام رفتار های محافظتی بیماری ام اس را تکمیل نمودند. از روش های آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون های کای دو و رگرسیون رتبه ای استفاده شد و ( $P < 0/05$ ) به عنوان سطح معنی دار با استفاده از نرم افزار STATA نسخه 12 در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد شرکت کننده  $38/27 \pm 14/91$  بود. در کلیه گروه های سنی میزان شناخت از بیماری ام اس کم بود ( $P < 0/001$ ). شناخت از بیماری ام اس و ادراک خطر با سطح سواد ارتباط معنا دار داشتند ( $P < 0/001$ ). آگاهی از بیماری ام اس و همچنین ادراک خطر زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود ( $P < 0/03$ ). اطرافیان افراد بیشترین سهم (46/4%) را بعنوان منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری ام اس گزارش شد.

**نتیجه گیری:** میزان آگاهی افراد مورد مطالعه در مورد بیماری ام اس کمتر از حد مطلوب در سنندج است. طراحی و اجرای برنامه های مداخله ای به منظور افزایش شناخت افراد جامعه از بیماری ام اس، راه های پیشگیری از آن و ترویج رفتارهای محافظت کننده در سطح جامعه ضرورت دارد.

**کلید واژه ها:** بیماری ام اس، آگاهی، ادراک خطر، رفتارهای محافظتی، سنندج.

وصول مقاله: 94/8/9 اصلاحیه نهایی: 94/10/6 پذیرش: 94/10/15

(عامل بیماری منونوکلئوز عفونی) و عفونت ویروسی واریسلا زوستر (عامل بیماری آبله مرغان و زونا) بوده اند (15-17). همچنین اجتناب از مواجهه کافی با نور آفتاب، استفاده افراطی از کرم های ضد آفتاب ها و افزایش زندگی شهری از جمله عواملی هستند که سبب کاهش جذب ویتامین D در بدن شده (18) و ریسک ابتلا به بیماری MS را افزایش می دهند (19).

تغییرات رفتاری و سبک زندگی مدرن، زمینه را برای ابتلای افراد به بیماری های مزمن از جمله ام اس مساعد تر می نماید و گذار از کنترل بیماریهای عفونی به سمت کنترل بیماریهای مزمن و بویژه نو ظهور لزوم یک رویکرد متفاوت اما مرتبط با سبک زندگی را می طلبد، به عبارت دیگر سبک زندگی افراد جامعه در رابطه بیماریهای مزمن و نو ظهور، نیازمند آگاهی و شناخت از بیماری، افزایش ادراک خطر و ترغیب به انجام رفتارهای محافظتی و پیشگیری کننده می باشد.

آگاهی یا شناخت به معنای آشنایی با عوامل خطر ابتلا به بیماریها، چگونگی کاهش مواجهه، آشنایی با تشخیص سریع به منظور کنترل، آشنایی با جریان کند نمودن سرعت پیشرفت مشکل، آشنایی با دریافت درمان بموقع و مناسب و یا به حداقل رساندن عوارض است. رفتارهای محافظتی به معنای انجام رفتارهایی به منظور کاهش مواجهه با عوامل خطر، اقدام جهت تشخیص سریع به منظور کنترل، کند نمودن سرعت پیشرفت مشکل، دریافت درمان بموقع و مناسب و یا به حداقل رساندن عوارض است (20 و 15). ادراک خطر نیز به معنای شناخت و قضاوتی ذهنی در رابطه با ویژگی و شدت یک خطر در سطح فردی می باشد (21). در رویکرد بهداشت عمومی بر مفهوم ادراک خطر یا حساسیت درک شده در چندین مدل بهداشتی از جمله مدل اعتقاد بهداشتی (22)، تئوری انگیزش - محافظت (23)، تئوری عمل منطقی (24)، تئوری رفتار برنامه ریزی شده (25) و تئوری انتظار ارزش تاکید شده است (26). اگر افراد خود را در معرض ابتلا به بیماری نبینند، این موضوع

ام اس (Multiple sclerosis) (MS) یک بیماری التهابی، مزمن و خود ایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است (2 و 1). علت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (2). ام اس یکی از شایع ترین علت ناتوانی غیر تروماتیک در افراد جوان بخصوص در سنین 20-40 سالگی بوده که زنان را بیشتر از مردان مبتلا می سازد (3 و 1). علل ابتلای بیشتر زنان به این بیماری تفاوت های اساسی در سیستم ایمنی به علت تفاوت در هورمون های جنسی و توزیع ژنی در کروموزوم X است (4 و 5). همچنین بدن زنان توانایی بیشتری در تولید سطوح بالاتری از آنتی بادی های در گردش نسبت به مردان دارد (6) که همین امر موجب می شود زمانی که بدن زنان تحت تأثیر بیماری های اتو ایمنی قرار می گیرد، تمایل به تولید سطوح بالاتر اتو آنتی بادی ها در آنان بیشتر باشد (7). تظاهرات بالینی بیماری ام اس التهاب عصب بینایی، فلج مرکزی، اختلالات حسی، اختلالات تعادلی، اختلالات شناختی، خستگی، اختلالات خواب به همراه دوره های عود و بهبودی است (8 و 9 و 3).

اپیدمیولوژی MS در دهه های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می شود، طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان 2/5 میلیون نفر از بیماری ام اس رنج می برند (10). در گذشته، کشور ایران جز مناطق با ریسک کم (شیوع کمتر از 5 در هر 100000 نفر) معرفی می شد اما طبق آمار های معتبر ارائه شده، میزان شیوع و بروز در برخی از استان ها از جمله اصفهان به ترتیب به 43/8 و 3/64 در هر 100000 نفر (12 و 11) و در تهران میزان شیوع حداقل 51/9 (13) و میزان بروز 2/93 در هر 100000 نفر گزارش شده است (14). بر اساس نتایج برخی از پژوهش های انجام شده، مهم ترین عوامل خطر محیطی در ایجاد این بیماری کمبود دریافت ویتامین D، عفونت هایی نظیر عفونت ویروسی اپشتین بار

متغیرهای پیش بینی کننده ادراک خطر و رفتارهای محافظتی بیماری ام اس مورد بررسی قرار گرفتند. یافته های این پژوهش میتواند در طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر جمعیت، مورد استفاده قرار گیرد.

### روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی (مقطعی) 800 نفر از افراد بالای 15 سال شهر سنندج در سال 1393 مورد بررسی قرار گرفتند. بدلیل گستردگی منطقه جغرافیایی و صرفه جویی در وقت و هزینه، روش نمونه گیری خوشه ای - تصادفی انتخاب شد. به منظور انتخاب خوشه ها از شماره پرونده خانوارها در مراکز بهداشتی - درمانی استفاده شد. سرخوشه ها بطور تصادفی از بین کل خانوارها تحت پوشش هر مرکز تعیین شدند. در مجموع با داشتن 32 خوشه 25 نفری، 800 نفر با اخذ رضایت شفاهی، آگاهانه وارد مطالعه شدند. شرایط ورود به مطالعه سنین 15 تا 75 سال و درک زبان فارسی اطلاعات پرسش نامه بود. با مراجعه به درب منزل افراد نمونه، پرسشنامه ها توسط افراد آموزش دیده از طریق مصاحبه تکمیل گردید. منبع سؤالات پرسش نامه کتاب های "Clinical Neurology" (34) و "In A Page" Medicine (35) بود. پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، وجود سابقه بیماری ام اس در بستگان درجه یک و دو، دوستان و یک سوال در مورد منابع دریافت اطلاعات بیماری ام اس بود. علاوه بر آن، پرسش نامه حاوی 30 سوال در سه بخش اول شامل 15 سؤال مربوط به شناخت نشانه های اولیه بیماری، عوامل خطر در ابتلا ام اس و آگاهی از اقدامات پیشگیری کننده با گزینه های صحیح و غلط بود. در صورت پاسخ صحیح به 15-11 سؤال (شناخت بالا)، پاسخ صحیح به 10-7 سؤال (شناخت متوسط) و پاسخ صحیح به کمتر از 7 سؤال (شناخت پایین) در نظر گرفته شد. بخش دوم شامل 11 سؤال مربوط به ادراک خطر که شامل اندازه گیری احتمال ابتلا به ام اس، وخامت درک شده بیماری بود و بر اساس معیار 5 گزینه ای لیکرت (از

احتمالا، پیامد کم برآورد کردن خطر یا به بیان دیگر ادراک خطر پایین در این افراد و عدم توجه به نشانه های اولیه را در پی خواهد داشت (27).

به نظر می رسد انجام رفتار محافظت کننده و افزایش ادراک خطر از راه های مؤثر در تعدیل عوامل خطر این بیماری هستند. انجام و تداوم رفتارهای محافظت کننده فرآیندی پیچیده و مختلط است (28). نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهد چنانچه ادراک خطر از یک بیماری افزایش یابد، به تبع آن انجام اقدامات محافظت کننده نیز افزایش می یابد (21). از جمله اقدامات محافظت کننده مرتبط با بیماری ام اس می توان به موارد زیر اشاره نمود: مصرف کافی ویتامین D و پیشگیری از کمبود آن، پیشگیری از ابتلا عفونت هایی نظیر عفونت ویروسی اپشتین بار (عامل بیماری منونوکلئوز عفونی) و عفونت ویروسی واریسلا زوستر (عامل بیماری آبله مرغان و زونا)، اجتناب از استعمال سیگار و همچنین دریافت کافی نورآفتاب و خودداری از استفاده افراطی از کرمهای ضدآفتاب (30 و 29 و 20).

طبق نتایج مطالعات انجام شده، افزایش آگاهی در مورد یک بیماری، موجب افزایش ادراک خطر ابتلا به بیماری و متعاقبا افزایش احتمال انجام رفتار محافظتی را در پی خواهد داشت (32 و 31). اگر چه با افزایش ادراک خطر انجام رفتار غربالگری بیشتر می شود (پدیده کنترل خطر)، اما اگر تهدید درک شده بسیار قوی باشد ادراک فرد از غیر قابل پیشگیری بودن بیماری تاثیری منفی و معکوس بر روی انجام رفتار غربالگری در پی خواهد داشت (پدیده کنترل ترس) (33). بهمین علت در طراحی و اجرای برنامه هایی با هدف افزایش رفتارهای غربالگری، با توجه به ویژگیهای جامعه مورد بررسی، باید تلاش در جهت ایجاد پدیده کنترل خطر بعمل آید تا پدیده کنترل ترس. طراحی چنین برنامه هایی مستلزم سنجش شناخت، رفتارهای محافظتی و همچنین ادراک خطر از بیماری ام اس در افراد جامعه است. هدف این پژوهش، بررسی شناخت، رفتارهای محافظتی و ادراک خطر از بیماری ام اس بر حسب سن و جنس است. همچنین

کمترین تعداد افراد شرکت کننده مربوط به گروه سنی 75-66 سال بود (4/4%). جدول 1 نشان دهنده مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان است.

جدول 2 میزان شناخت، ادراک خطر و رفتار محافظتی را به تفکیک سن و جنس نشان می دهد. در کلیه گروه های سنی میزان شناخت از بیماری ام اس کم بود. گروه سنی 75-66 سال هیچ گونه اطلاعاتی نداشتند. میزان ادراک خطر در کلیه گروه های سنی بالا بود که در گروه سنی در معرض خطر بالا (26-35 سال) بیشترین میزان مشاهده شد (83%). اقدام به رفتارهای محافظتی در همه سنین در سطح ضعیف بود تنها در افراد 75-66 سال (48/6%) رفتار محافظتی متوسطی وجود داشت. شناخت از بیماری ام اس و ادراک خطر با سطح سواد ارتباط معنا دار داشتند ( $p < 0/001$ ). در صد بیشتری از افراد با تحصیلات دانشگاهی از آگاهی و ادراک خطر بالاتر برخوردار بودند. در مجموع 85/38% افراد دارای شناخت کم، 77/8% دارای ادراک خطر بالا و 47/1% دارای رفتار محافظتی ضعیف بودند. آگاهی از بیماری ام اس و همچنین ادراک خطر زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود ( $p < 0/03$ ). اطرافیان افراد بیشترین سهم (46/4%) را بعنوان منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری ام اس داشتند و پس از آن تلویزیون و رادیو (34/1%) بود. اینترنت بعنوان منبع اطلاعات در 7/2% افراد گزارش شد.

با توجه به نتایج جدول 3، هر سال افزایش سن افراد مورد مطالعه موجب کاهش سطح ادراک خطر می شود ( $0/002$ ،  $P = 0/98$ ،  $OR = 0/98$ ). افراد با شناخت متوسط نسبت به افراد دارای شناخت پایین 49 درصد ادراک خطر بیشتری داشتند ( $P = 0/042$ ،  $OR = 1/49$ ). شناخت و ادراک خطر بیماری ام اس بر رفتارهای محافظتی تاثیر گذار بودند ( $P < 0/05$ ). افراد دارای شناخت متوسط نسبت به افراد با شناخت پایین 49% رفتار محافظتی بیشتری داشتند ( $P = 0/042$ ،  $OR = 1/49$ ) و افراد با ادراک خطر متوسط و بالا به ترتیب 2/12 ( $P = 0/000$ ،  $OR = 3/12$ ) و 1/04 ( $P = 0/004$ ،  $OR = 2/04$ )

شدیداً مخالف = 1 امتیاز تا شدیداً موافق = 5 امتیاز) مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به میانگین امتیازهای کسب شده از کل سؤالات ادراک خطر، در ازای کسب میانگین امتیاز 3-5 (ادراک خطر بالا)، کسب میانگین امتیاز 3 (ادراک خطر متوسط) و کسب میانگین امتیاز 1-3 (ادراک خطر پایین) در نظر گرفته شد. بخش سوم شامل 4 سؤال مربوط به انجام رفتارهای محافظتی مانند داشتن یک رژیم غذایی سالم، فعالیت ورزشی کافی، دریافت ویتامین D مورد نیاز بدن، عدم استعمال سیگار و مصرف الکل، اندازه مقدار ویتامین D بود و با گزینه های بلی و خیر سنجش شد. در صورت پاسخ بلی به 4 سؤال (رفتارهای محافظتی بالا)، پاسخ بلی به 3 سؤال (رفتارهای محافظتی متوسط) و پاسخ بلی به کمتر از 3 سؤال (رفتارهای محافظتی پایین) در نظر گرفته شد.

به منظور روایی محتوی پرسش نامه، سؤالات مربوط به بخش سنجش شناخت و رفتارهای محافظتی توسط متخصص بیماری های مغز و اعصاب و سؤالات مربوط به بخش سنجش ادراک خطر توسط دو متخصص آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، ویرایش و بازبینی شد. سنجش پایایی پرسش نامه از طریق  $test - retest$  به طور تصادفی در 50 نفر انجام شد. ضریب پایایی سؤالات پرسش نامه در بخش سنجش شناخت 0/92 و در بخش سنجش ادراک خطر 0/89 برآورد گردید. پس از جمع آوری داده ها، آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار STATA نسخه 12 صورت گرفت. از روش های آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون های کای دو و رگرسیون رتبه ای استفاده شد و  $P < 0/05$  به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

#### یافته ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد شرکت کنند 38/27±14/91 و محدوده سنی آنها 15 تا 75 سال بود که در 5 گروه سنی طبقه بندی شدند. بیشترین تعداد افراد شرکت کننده مربوط به گروه سنی 26-35 سال (26%) و

بار بیشتر نسبت به افراد با ادراک خطر پایین رفتارهای محافظتی را انجام می دادند (جدول 4).

جدول 1. خصوصیات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	درصد (%)
<b>گروه سنی</b>		
15-25	188	23/5
26-35	208	26
36-45	157	19/6
46-55	104	13
56-65	103	12/9
66-75	35	4/4
<b>جنسیت</b>		
مرد	300	37/5
زن	500	62/5
<b>وضعیت تاهل</b>		
مجرد	206	25/8
متاهل	594	74/3
<b>سطح تحصیلات</b>		
زیر دیپلم و دیپلم	554	69/3
دانشگاهی	246	30/7
<b>وضعیت شغلی</b>		
شاغل	265	33/1
بیکار	535	66/9
<b>استعمال سیگار</b>		
بله	89	11/1
خیر	711	88/9
<b>سابقه ام اس در بستگان</b>		
<b>درجه یک</b>		
بله	25	3/1
خیر	750	93/8
نمی دانم	25	3/1
<b>سابقه ام اس در بستگان</b>		
<b>درجه دو</b>		
بله	59	7/4
خیر	693	86/6
نمی دانم	48	6

جدول 2. توزیع فراوانی وضعیت شناخت، ادراک خطر و رفتارهای محافظتی بر حسب گروه های سنی، جنس و سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه

p-value	رفتار محافظتی (%)			p-value	ادراک خطر (%)			p-value	شناخت (%)			متغیر
	زیاد	متوسط	کم		زیاد	متوسط	کم		زیاد	متوسط	کم	
0/74				0/00				0/001				<b>گروه سنی</b>
	18	30/7	51/3		82	5/8	12/2		1/6	16/4	82	15-25
	19/3	36/3	44/3		83	8	9		2/8	17/5	79/7	26-35
	16/6	36/3	47/1		79	9/6	11/5		0	16/6	83/4	36-45
	18/3	33/7	48/1		76	15/4	8/7		0	8/7	91/3	46-55
	18/4	32	49/5		68/9	22/3	8/7		1	3/9	95/1	56-65
	20	48/6	31/4		48/6	45/7	5/7		0	0	100	66-75
0/98				0/03				0/03				<b>جنس</b>
	18	34	48		80/7	8/3	11		85/3	14/7	0	مرد
	18/4	35	46/6		76	14/6	9/4		85/4	12/6	2	زن
0/529				0/001				0/001				<b>سطح تحصیلات</b>
	48/4	34/1	17/5		11	15/5	73/5		91/3	7/9	0/7	زیر دیپلم و دیپلم
	44/3	35/8	19/9		7/7	4/9	87/4		72	25/6	2/4	دانشگاهی

جدول 3. مدل رگرسیون لجستیک رتبه ای مربوط به ادراک خطر بیماری ام اس

متغیر	OR	CI 95%	P-value
سن	0/98	0/97 -0/99	0/002
شناخت			
پایین	دفرنس		
متوسط	1/49	1/01 -2/18	0/042
بالا	0/9	0/23 -3/42	0/88

OR= Odds Ratio  
CI= Confidence Interval

جدول 4. مدل رگرسیون لجستیک رتبه ای مربوط به رفتارهای محافظتی بیماری ام اس

متغیر	OR	CI 95%	P-value
شناخت			
پایین	رفرنس		
متوسط	1/49	1/01 - 2/18	0/042
بالا	0/9	0/23 - 3/42	0/88
ادراک خطر			
پایین	رفرنس		
متوسط	3/12	1/71 - 5/68	0/000
بالا	2/04	1/25 - 3/31	0/004

OR= Odds Ratio  
CI= Confidence Interval

### بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، تنها 1/3 درصد افراد دارای آگاهی خوب و 13/4 درصد آگاهی در سطح متوسط داشتند. این نتیجه در حالی به دست آمده است که اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر در محدوده سنی 20-40 سال بودند یعنی اکثر افراد در معرض خطر این بیماری، آگاهی کافی از بیماری ام اس نداشتند. تعداد اندکی از بررسی های انجام شده میزان آگاهی از بیماری ام اس را بررسی نموده اند (36 و 37). نتیجه مطالعه مشابهی در اردبیل نشان داد 25/3% افراد شرکت کننده در مطالعه از بیماری ام اس آگاهی کافی داشتند (36). بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده لزوم اجرای برنامه های آموزشی و مداخله ای با هدف افزایش شناخت جامعه در زمینه بیماری ام اس، علائم اولیه و عوامل خطر مرتبط با آن ضروری به نظر می رسد. عدم آگاهی و دانش در مورد علائم بیماری ممکن است باعث شود که تشخیص آن به تعویق افتاده و فرصت برخورداری از مزایای مداخله زودهنگام از دست برود. از یافته های مهم دیگر این مطالعه، تأثیر مثبت آگاهی بر ادراک خطر و انجام رفتارهای محافظتی از بیماری ام اس بود. افرادی که از بیماری ام اس آگاهی داشتند بیشتر از افرادی فاقد آگاهی، ادراک خطر بیشتری از ابتلا به بیماری ام اس داشته و همچنین انجام رفتارهای محافظتی ام اس در

آنها بیشتر بود. نتایج مطالعات انجام شده در زمینه سایر رفتارهای بهداشتی نشان داده اند که افزایش آگاهی در مورد یک بیماری، موجب افزایش ادراک خطر ابتلا به بیماری و متعاقباً افزایش احتمال انجام رفتار محافظتی را در پی خواهد داشت (38-40). منطق و اصول نظری بر لینک ارتباطی آگاهی، نگرش (در این بررسی ادراک خطر) و رفتار همواره بر تاثیر 3 عامل ذکر شده بر یکدیگر تاکید دارد (41). این لینک بایستی در فیلدهای مختلف مربوط به سلامت و ارتقا آن مورد آزمون قرار گیرد. بدیهی است که یافته های تجربی در مواردی تایید کننده اصول نظری بوده و در پاره ای موارد در تناقض با منطق نظری خواهند بود. برای مثال ممکن است همیشه ادراک خطر بالا منجر به بروز رفتارهای محافظتی بیشتر نشود که نیازمند مطالعات بیشتر جهت وجود این تناقض خواهد بود، به عنوان مثال زنانی که ادراک خطر بالایی از ابتلا به سرطان پستان دارند انجام رفتارهای غربالگری سرطان پستان در آنها ممکن است دو وضعیت رخ دهد: افزایش ادراک خطر منجر به انجام بیشتر رفتار غربالگری شود (پدیده کنترل خطر) و یا انصراف یا کاهش رفتار غربالگری را در پی خواهد داشت (پدیده کنترل ترس) (33). اینکه فرد به سمت "پدیده کنترل ترس" یا به سمت "پدیده کنترل خطر" پیش خواهد رفت بستگی به عوامل روانشناختی دیگری همچون فواید درک شده

لرزش اندام ها، مشکلات تکلم و اختلال در راه رفتن (48-46).

در مطالعه حاضر بیشترین منبع اطلاعاتی ذکر شده در افراد شرکت کننده در رابطه با شناخت بیماری ام اس، اطرافیان (46/4 درصد) و پس از آن تلویزیون و رادیو (34/1 درصد) بود. یافته های مطالعه ای در شهر اردبیل نشان داد افراد مورد مطالعه حدود 46/2% اطلاعات مورد نیاز خود را در رابطه با بیماری ام اس از تلویزیون و رادیو دریافت کرده بودند (36). نتایج مطالعه Brigo نشان داد در کشورهای انگلیسی زبان، اکثر افراد اطلاعات مورد نیاز خود را در مورد بیماری ام اس، علائم و روش های تشخیصی از اینترنت دریافت می کنند در حالیکه در مطالعه ما تنها 7/2% افراد اینترنت را منبع اطلاعاتی خود معرفی کردند (49). این نتایج نشان می دهد با توجه به اینکه در مطالعه ما بیشترین منبع اطلاعاتی افراد مورد مطالعه اطرافیان، تلویزیون و رادیو گزارش شده است. با توجه به این واقعیت است که بسیاری از افراد با سطح پایین سواد دانش کمی در مورد ام اس داشتند، میتوان آگاهی این افراد را از طریق رسانه های جمعی مانند تلویزیون، رادیو و روزنامه در زمینه بیماری ام اس افزایش داد. ارایه این اطلاعات و همچنین آگاهی از نحوه درمان بیماران، می تواند نقش مهمی در کنترل بیماری انجام دهد. به نظر می رسد لازم است وسایل ارتباط جمعی توجه ویژه ای به مداخلات غنی آموزشی مرتبط با بیماری ام اس داشته باشند تا افراد جامعه اطلاعات کافی در مورد این بیماری و روش های پیشگیری از آن دریافت نموده و در اختیار اطرافیان خود قرار دهند. میزان آگاهی و رفتارهای محافظتی پایین، ضرورت افزایش شناخت افراد جامعه از بیماری ام اس، راه های پیشگیری و ترویج رفتارهای محافظت کننده در سطح جامعه را مطرح میکند. به نظر می رسد لازم است وسایل ارتباط جمعی توجه ویژه ای به مداخلات موثر آموزشی مرتبط با بیماری ام اس داشته باشند تا افراد جامعه اطلاعات کافی در مورد این بیماری و روش های پیشگیری از آن دریافت نموده و در اختیار اطرافیان خود قرار دهند.

رفتار توصیه شده و یا کنترل درک شده دارد که در مطالعه ما این عوامل در نظر گرفته نشده بودند. نتایج یک بررسی در ایتالیا نشان داد که انجام رفتارهای محافظت کننده از ابتلا به ام اس با افزایش آگاهی ارتباط داشت (37). یافته یک مطالعه دیگر بیانگر ارتباط ارتقا آگاهی با افزایش حساسیت درک شده و در نهایت افزایش انجام رفتارهای محافظت کننده بود (42). شواهدی وجود دارد که مهم ترین علت عدم انجام اقدامات مربوط به انجام رفتارهای محافظت کننده، عدم آگاهی افراد مورد مطالعه بوده است (44 و 43). همسو با نتایج Tedesco (37)، یافته های ما تایید کننده تأثیر مثبت ادراک خطر بر انجام رفتارهای محافظتی بودند. افراد با ادراک خطر بالاتر که خود را در معرض ابتلا به بیماری ام اس دیدند در مقایسه با افرادی که خود را کمتر در معرض ابتلا برآورد کردند، رفتارهای محافظتی بیشتری را گزارش کردند. بر اساس مبانی نظری مدل اعتقاد بهداشتی، افزایش ادراک خطر ناشی از ابتلا به یک بیماری (بیماری ام اس) سبب افزایش انجام رفتارهای محافظتی مرتبط با آن بیماری می شود (32 و 45). اگر افراد خود را در معرض ابتلا به بیماری نبینند، این موضوع احتمالاً منجر به کم برآورد کردن خطر یا به بیان دیگر ادراک خطر پایین و عدم توجه به نشانه های اولیه بیماری ام اس میشود (27). بنظرمی رسد چنانچه ادراک خطر افراد از بیماری ام اس افزایش یابد، انجام اقدامات محافظت کننده نیز افزایش می یابد. از جمله این اقدامات می توان به موارد زیر اشاره نمود: مصرف کافی ویتامین D و پیشگیری از کمبود آن، پیشگیری از ابتلا عفونت های نظیر عفونت ویروسی ایشتن بار (عامل بیماری منونوکلئوز عفونی) و عفونت ویروسی واریسلا زوستر (عامل بیماری آبله مرغان و زونا)، اجتناب از استعمال سیگار، همچنین دریافت کافی نورآفتاب، خودداری از استفاده افراطی از کرمهای ضدآفتاب و همچنین مراجعه به پزشک در صورت تکرار علائمی مانند دو بینی، ضعف عضلانی دست ها و پاها، درد، کرختی و



**نتیجه گیری**

های پیشگیری از آن و ترویج رفتارهای محافظت کننده در سطح جامعه ضرورت دارد. این مطالعه اطلاعات کاربردی مبتنی بر جمعیتی را برای سیاست گذاران و آموزش دهندگان امر سلامت جهت اجرای مداخلات مناسب با هدف پیشگیری از بیماری ام اس و کنترل آن فراهم می آورد.

نتایج این مطالعه نشان داد میزان آگاهی افراد مورد مطالعه در مورد بیماری ام اس کمتر از حد مطلوب است. استفاده از نقش اطرافیان (دوستان)، تلویزیون و رادیو بعنوان بیشترین منبع اطلاعاتی، موجبات افزایش آگاهی افراد در مورد علائم بیماری و عوامل مستعد کننده، بویژه در افراد با سطح سواد پایین را فراهم می آورد. افزایش آگاهی، موجب افزایش ادراک خطر ابتلا به بیماری و متعاقبا افزایش احتمال انجام رفتارهای محافظتی را در پی خواهد داشت. طراحی و اجرای برنامه های مداخله ای آموزش محور گسترده ای به منظور افزایش شناخت افراد جامعه از بیماری ام اس، راه

**تشکر و قدردانی**

با تشکر از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان برای حمایت مالی این پژوهش با شماره ثبت صورتجلسه شورا به شماره 1393/2/7.14/3263

**References**

1. Döring A, Pfueller CF, Paul F, Dörr J. Exercise in multiple sclerosis - an integral component of disease management. *The EPMA Journal* 2012;3:9.
2. Olival GSd, Lima BM, Sumita LM, Serafim V, Fink MC, Nali LH, et al. Multiple sclerosis and herpesvirus interaction. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2013;71:727-30.
3. Kantarci O, Wingerchuk D. Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. *Curr Opin Neurol* 2006;19:248-54.
4. Ghazeeri G AL, Abbas O. Immunological differences in women compared with men: overview and contributing factors. *Am J Reprod Immunol* 2011;66:163- 9.
5. Fish EN. The X-files in immunity: sex- based differences predispose immune responses. *Nat Rev Immunol* 2008;8:308-28.
6. Rowley M, Mackay I. Measurement of antibody-producing capacity in man :The normal response to flagellin from *Salmonella adelaide*. *Clin Exp Immunol* 1969;5:407-18.
7. Whitacre CC, O'Looney PA. A gender gap in autoimmunity. *Science* 1999;283:1277-8.
8. Veauthier C, Radbruch H, Gaede G, Pfueller C, Dörr J, Bellmann-Strobl J, et al. Fatigue in multiple sclerosis is closely related to sleep disorders: a polysomnographic cross-sectional study. *Mult Scler* 2011;17:613-22.
9. Weinges-Evers N, Brandt A, Bock M, Pfueller C, Dörr J, Bellmann-Strobl J, et al. Correlation of self-assessed fatigue and alertness in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2010;16:1134-40.
10. Dörr J, Döring A, Paul F. Can we prevent or treat multiple sclerosis by individualised vitamin D supply? *The EPMA Journal* 2013;4:4.
11. Etemadifar M, Maghzi AH. Sharp increase in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *Mult Scler* 2011; 17:1022-7.
12. Koch-Henriksen N, Sørensen PS. The changing demographic pattern of multiple sclerosis epidemiology. *Lancet Neurol* 2010;9:520-32.
13. Sahraian MA KS, Ebrahim MM, Moinfar ZJ L, Pakdaman H. Multiple sclerosis in Iran: a demographic study of 8,000 patients and changes over time. *Eur Neurol* 2010;64:331-6.
14. Elhami SR, Mohammad K, Sahraian MA, Eftekhari H. A 20-year incidence trend (1989-2008) and point prevalence (March 20, 2009) of multiple sclerosis in Tehran, Iran: a population-based study. *Neuroepidemiology* 2011;36:141-7.

15. Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M, Asgari F, Rashidi A, Khalilzadeh O, et al. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national survey of risk factors of non-communicable diseases SuRFNCD-2007. *Tob Control* 2010;19:125-8.
16. Pender MP. Infection of autoreactive B lymphocytes with EBV, causing chronic autoimmune diseases. *Trends Immunol* 2003;24:584-8.
17. Pender MP. Epstein-Barr virus and autoimmunity. Amsterdam: Elsevier. 2004.p.163-70.
18. Gannage´-Yared MH CR, Yaacoub N, Halaby G. Hypovitaminosis D in a sunny country: relation to lifestyle and bone markers. *J Bone Miner Res* 2000;15:1856-62.
19. Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007; 357:266-81.
20. Gannage´-Yared M, Chemali R, Yaacoub N, Halaby G. Hypovitaminosis D in a sunny country: relation to lifestyle and bone markers. *J Bone Miner Res* 2000;15:1856-62.
21. Rogers RA. Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol* 1975;91:93-114.
22. Buxton J, Bottorff J. Women perceptions of breast cancer risk : are the accurate? *Can Public Health* 2003;94:422-6.
23. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Reading Ma: Addison- Wesley, 1975: 335- 381.
24. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckman J, Eds. Action control: from cognition to behavior: New York: Ny:Springer; 1985.11-39.
25. Ronis D. Conditional health threats: health belief decision, and behaviors among adults. *Health Psychol* 1992;11:427-134.
26. Habar G, Ahmed NU, Pekovic V. Factor history of cancer and association with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American Journal of Public Health* 2012;102:2322-9.
27. Blanchard K, Colbert J, Puri D. Mammographic Screening : patterns of use and estimated impact on breast carcinoma survival. *Cancer* 2004; 101:495-504.
28. Nutbeam D, Harris E. Theory in a Utshell: A Guide to Health Premotion Theory. Roseville, CA: Mc Mcgraw-Hill Book Company Australia, 2002: 25-78.
29. Rodríguez-Violante M, Ordoñez G, Bermudez JR, Sotelo J, Corona T. Association of a history of varicella virus infection with multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2009;111:54-6.
30. Holick M. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007; 357:266-81.
31. Haber G, Ahmed NU, Pekovic V. Family history of cancer and its association with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American Journal of Public Health* 2012;102:2322-9.
32. Taylor VM, Taplin SH, Urban N, White E, Peacock S. Repeat mammography use among women ages 50-75. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1995;4:409-13.
33. Witte K, Meyer G, Martell DP. Effective Health Risk Messages: A Step-By-Step Guide. SAGE Publications, Inc, 2001: 140.
34. Simon RP, Greenberg DA, Aminoff MJ. Motor deficits. In: Simon RP, Greenberg DA, Aminoff MJ, eds. *Clinical Neurology*, 7th ed. New York: McGraw-Hill (Appleton & Lange), 2009:152.
35. Kahan S, Ashar B. In a page medicine. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins: United States of America: 2008.484.
36. Amani F, Hoseinzadeh S, Sabzviri A, Avesta L, Kahnamouei-Aghdam F, Barak M. Awareness rate of Ardabil city people about multiple sclerosis. *International Journal of Advances in Medicine* 2015;2:156-9.

37. Tedesco LMR, Di Giuseppe G, Napolitano F, Angelillo IF. Cardiovascular diseases and women: knowledge, attitudes, and behavior in the general population in Italy. *BioMed Research International* 2015; 2015:324692 .
38. Haber G, Ahmed NU, Pekovic V. Family history of cancer and its association with breast cancer risk perception and repeat mammography .*American Journal of Public Health* 2012;102:2322-9.
39. Zarghami A. Health knowledge, attitudast cancer scrde ,practice: the missing circle of breast cancer screening programs in Iran. *Climacteric* 2015; 18:99 .
40. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons: United States of America:2008, 590.
41. Di Giuseppe G1, Sessa A, Mollo S, Corbisiero N, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and behaviors regarding HIV among first time attenders of voluntary counselingand testing se rvices in Italy. *BMC Infect Dis.* 2013; 13:277.
42. Mishra St, Bastani R, Crespi CM, Chang LC, Luce PH, Baquets CR. Results of a randomized trial to increase mammogram usage among Samoan women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007 16:2594-604.
43. Khanjani N, Noori A ,Rostami F. The knowledge and practice of breast cancer screening among women in Kerman, Iran. *Al-Ameen J Med Sci* 2012;5:221-6.
44. Harris DM, Miller JE, Davis DM. Racial differences in breast cancer screening, knowledge and compliance. *J Natl Med Assoc* 2003; 95:693-701.
45. Mokhtari L, Baradaran Rezaee M, Mohammadpour Asl A, Mousavi SM. Health beliefs about mammography and clinical breast examination among female healthcare providers in Tabriz health centers. *Iran Journal of Nursing* 2011;24:63-73.
46. Gannage´Yared M, Chemali R, Yaacoub N, Halaby G. Hypovitaminosis D in a sunny country: relation to lifestyle and bone markers. *J Bone Miner Res* 2000;15:1856-62.
47. Holick M. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007 357:266-81.
48. Rodríguez-Violante M, Ordoñez G, Bermudez JR, Sotelo J, Corona T. Association of a history of varicella virus infection with multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2009;111:54-6.
49. Brigo F, Lochner P, Tezzon F, Nardone R. Web search behavior for multiple sclerosis: An infodemiological study. *Multiple Sclerosis And Related Disorders* 2014;3:440-3.