

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

سحر خوش روشن^۱، پروانه تیموری^۲، سجاد عبدالملکی^۳، پیام خماند^۴، مریم پرواره^۵

۱. دانش آموخته رشته آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، تلفن ثابت: ۰۸۷-۳۳۶۶۴۶۵۸، ۸۴۱۸، parvaneh.tay@gmail.com

۳. دانشجوی رشته پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۴. استادیار، گروه نوروولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی توحید، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۵. 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 خطر و 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 خوش ای - تصادفی پرسش نامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، سنجش شناخت، ادراک خطر و انجام رفتارهای 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 $14/91 \pm 38/27$ 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 منع کسب اطلاعات در مورد بیماری ام اس گزارش شد.

نتیجه گیری: میزان آگاهی افراد 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 منونوکلوزعفونی) و عفونت ویروسی واریسلا زوستر (عامل بیماری آبه مرغان و زونا) بوده اند (15-17). همچنین اجتناب از مواجهه کافی با نورآفتاب، استفاده افراطی از کرم های ضدآفتاب 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 ادرارک 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). ادرارک 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 ادرارک خطر یا حساسیت در ک 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 ویتامین D، عفونت هایی نظیر عفونت ویروسی اپشتین بار

مقدمه

ام اس (MS)(Multiple sclerosis) یک بیماری التهابی، مزمن و خود ایمن است که با از بین رفن 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 غیرتروماتیک در افراد جوان بخصوص در سنین 40-20 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 زنی در کروموزوم X است (5 و 4). 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 ایمیون قرار می گیرد، تمایل به تولید سطوح بالاتر اتوآنتی بادی ها در آنان بیشتر باشد (7). تظاهرات بالینی بیماری ام اس التهاب عصب بینایی، فلنج مرکزی، اختلالات حسی، اختلالات تعادلی، اختلالات شناختی، خستگی، اختلالات خواب به همراه دوره های عود و بهبودی است (9 و 8 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 کمبوود 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 خوش ای - تصادفی انتخاب شد. به منظور انتخاب خوشها 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 خوش 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 مراجعته به درب منزل افراد نمونه، پرسشنامه ها توسط افراد آموزش دیده از طریق مصاحبه تکمیل گردید. منبع سوالات پرسش نامه کتاب "In A Page" (34) و "Clinical Neurology" (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 بود. بخش اول شامل 15 سوال مربوط به شناخت نشانه های اولیه بیماری، عوامل خطر در ابتلای اس و آگاهی از اقدامات پیشگیری کننده با گرینه های صحیح و غلط بود. در صورت پاسخ صحیح به 11-15 سوال (شناخت بالا)، پاسخ صحیح به 10-7 سوال (شناخت متوسط) و پاسخ صحیح به کمتر از 7 سوال (شناخت پایین) در نظر گرفته شد. بخش دوم شامل 11 سوال مربوط به ادراک خطر که شامل اندازه گیری احتمال ابتلا به ام اس، و خامت درک شده بیماری بود و بر اساس معیار 5 گرینه 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 منوکلئوز 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 30 و 29).

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 (31 و 32). 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 ویژگی های 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 ($\chi^2 = 4/4$). جدول 1 نشان دهنده مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان است.

جدول 2 میزان شناخت، ادراک خطر و رفتار محافظتی را به تنکیک سن و جنس نشان می‌دهد. در کلیه گروه‌های سنی میزان شناخت از بیماری ام اس کم بود. گروه سنی 66-75 سال هیچ گونه اطلاعاتی نداشتند. میزان ادراک خطر در کلیه گروه‌های سنی بالا بود که در گروه سنی در معرض خطر بالا (26-35 سال) بیشترین میزان مشاهده شد ($\chi^2 = 83$).

اقدام به رفتارهای محافظتی در همه سنین در سطح ضعیف بود تنها در افراد 66-75 سال ($\chi^2 = 48/6$) رفتار محافظتی متسط 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% 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 عنوان منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری ام اس داشتند و پس از آن تلویزیون و رادیو (34/1%) بود.

اینترنت عنوان 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 می‌شود ($P = 0/002$, $P = 0/98$, $OR = 0/042$). افراد با شناخت متوسط نسبت به افراد دارای شناخت پایین 49 درصد ادراک خطر بیشتری داشتند ($OR = 1/49$, $P = 0/042$). 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 ($P = 0/042$, $OR = 2/12$, $P = 0/004$) و افراد با ادراک خطر متوسط و بالا به ترتیب ($OR = 2/04$, $P = 0/000$) و ($OR = 3/12$, $P = 0/000$) بودند.

شدیداً مخالف = 1 امتیاز تا شدیداً موافق = 5 امتیاز) مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به میانگین امتیاز‌های کسب شده از کل سوالات ادراک خطر، در ازای کسب میانگین امتیاز 3-5 (ادراک خطر بالا)، کسب میانگین امتیاز 3-1 (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 گزینه‌های بله و خیر سنجش شد. در صورت پاسخ بله به 4 سؤال (رفتارهای محافظتی بالا)، پاسخ بله به 3 سؤال (رفتارهای محافظتی متوسط) و پاسخ بله به کمتر از 3 سؤال (رفتارهای محافظتی پایین) در نظر گرفته شد.

به منظور روایی محتوی پرسش نامه، سوالات مربوط به بخش سنجش شناخت و رفتارهای محافظتی توسط متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب و سوالات 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 سوالات پرسش نامه در بخش سنجش شناخت 0/92 و در بخش سنجش ادراک خطر 0/89 برآورد گردید. پس از جمع آوری داده‌ها، آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار STATA نسخه 12 صورت گرفت. از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های کای دو و رگرسیون رتبه‌ای استفاده شد و $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد شرکت کنند 38/27 \pm 14/91 و محدوده سنی آنها 15 تا 75 سال بود که در 5 گروه سنی طبقه‌بندی 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 (%)	درصد (%)	تعداد
گروه سنی		
23/5	188	15-25
26	208	26-35
19/6	157	36-45
13	104	46-55
12/9	103	56-65
4/4	35	66-75
جنسیت		
37/5	300	مرد
62/5	500	زن
وضعیت تأهل		
25/8	206	مجرد
74/3	594	متاهل
سطح تحصیلات		
69/3	554	زیر دیپلم و دیپلم
30/7	246	دانشگاهی
وضعیت شغلی		
33/1	265	شاغل
66/9	535	بیکار
استعمال سیگار		
11/1	89	بله
88/9	711	خیر
سابقه ام اس در بستگان درجه یک		
3/1	25	بله
93/8	750	خیر
3/1	25	نمی دانم
سابقه ام اس در بستگان درجه دو		
7/4	59	بله
86/6	693	خیر
6	48	نمی دانم

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

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

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

متغیر	OR	CI 95%	P-value
سن	0/98	0/97 -0/99	0/002
شناخت			
پایین	رفننس		
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

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

OR= Odds Ratio

CI= Confidence Interval

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 باستی 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 خواهد 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 روانشناسی دیگری همچون فواید در ک شده

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 ارdbil 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 رود. از یافته های مهم دیگر این مطالعه، تأثیر مثبت آگاهی بر ادراک خطر و انجام رفتار های 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

لرزش اندام‌ها، 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 (1/34 درصد) بود. یافته‌های مطالعه‌ای 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 روش‌های تشخیصی از اینترنت دریافت می‌کنند در حالیکه در مطالعه ما تنها 7/2% افراد اینترنت را منبع اطلاعاتی خود معرفی کردند (49). این نتایج نشان می‌دهد 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 رسانه‌های جمعی مانند تلویزیون، رادیو و روزنامه در زمینه بیماری ام اس افزایش داد. ارایه این اطلاعات و همچنین آگاهی از نحوه درمان بیماران، می‌تواند نقش مهمی در کنترل بیماری انجام دهد. به نظر می‌رسد لازم است وسائل ارتباط جمیعی توجه ویژه‌ای به مداخلات غنی آموزشی مرتبط با بیماری ام اس داشته باشدند تا افراد جامعه اطلاعات کافی در مورد این بیماری و روش‌های 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، راه‌های پیشگیری و ترویج رفتارهای محافظت کننده در سطح جامعه را مطرح می‌کند. به نظر می‌رسد لازم است وسائل ارتباط جمیعی توجه ویژه‌ای به مداخلات موثر آموزشی مرتبط با بیماری ام اس داشته باشند تا افراد جامعه اطلاعات کافی در مورد این بیماری و روش‌های پیشگیری از آن دریافت نموده و در اختیار اطرافیان خود قرار دهند.

رفتار توصیه شده و یا کنترل در کشیده 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 در کشیده و در نهایت افزایش انجام رفتارهای محافظت کننده بود (42). شواهدی وجود دارد که مهم‌ترین علت عدم انجام اقدامات مربوط به انجام رفتارهای محافظت کننده، عدم آگاهی افراد مورد مطالعه بوده است (43) و (44). همسو با نتایج Tedesco (37)، یافته‌های 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 می‌شود (32) و (45). اگر افراد خود را در معرض ابتلا به بیماری نیستند، این موضوع احتمالاً منجر به کم برآورد کردن خطر یا به بیان دیگر ادراک خطر پایین و عدم توجه به نشانه‌های اولیه بیماری ام اس می‌شود (27). بنظرمی رسید چنانچه ادراک خطر افراد از بیماری ام اس افزایش یابد، انجام اقدامات محافظت کننده نیز افزایش می‌یابد. از جمله این اقدامات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: مصرف کافی ویتامین D و پیشگیری از کمبود آن، پیشگیری از ابتلا عفونت‌هایی نظیر عفونت ویروسی اپشتین 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 ضدآفات و همچنین مراجعه به پزشک در صورت تکرار علائمی مانند دوبیسی، ضعف عضلاتی دست‌ها و پاهای، درد، کرختی و

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 دهنده‌گان امر سلامت جهت اجرای مداخلات مناسب با هدف پیشگیری از بیماری ام اس و کنترل آن فراهم می‌آورد.

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

نتیجه گیری

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 عنوان بیشترین منبع اطلاعاتی، موجبات افزایش آگاهی افراد در مورد علائم بیماری و عوامل مستعد کننده، بویژه در افراد با سطح سواد پایین را فراهم می‌آورد. افزایش آگاهی، موجب افزایش ادراک خطر ابتلا به بیماری و متعاقباً افزایش احتمال انجام رفتارهای محافظتی را در پی خواهد داشت. طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای آموزش محور گسترشده ای به منظور افزایش شناخت افراد جامعه از بیماری ام اس، راه

References

- Döring A, Pfueller CF, Paul F, Dörr J. Exercise in multiple sclerosis - an integral component of disease management. *The EPMA Journal* 2012;3:9.
- 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.
- Kantarci O, Wingerchuk D. Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. *Curr Opin Neurol* 2006;19:248-54.
- Ghazeeri G AL, Abbas O. Immunological differences in women compared with men: overview and contributing factors. *Am J Reprod Immunol* 2011;66:163- 9.
- Fish EN. The X-files in immunity: sex- based differences predispose immune responses. *Nat Rev Immunol* 2008;8:308-28.
- 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.
- Whitacre CC, O'Looney PA. A gender gap in autoimmunity. *Science* 1999;283:1277-8.
- 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.
- 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.
- Dörr J, Döring A, Paul F. Can we prevent or treat multiple sclerosis by individualised vitamin D supply? *The EPMA Journal* 2013;4:4.
- Etemadifar M, Maghzi AH. Sharp increase in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *Mult Scler* 2011; 17:1022-7.
- Koch-Henriksen N, Sørensen PS. The changing demographic pattern of multiple sclerosis epidemiology. *Lancet Neurol* 2010;9:520-32.
- 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.
- Elhami SR, Mohammad K, Sahraian MA, Eftekhar 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 Pschol* 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. Readind Ma: Addison- Welsry, 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. Haber 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, Sabzvari 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, attituast 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.