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

سحر خوش روش[1]، پروانه تیموری[2]، سجاد عبدالملکی[3]، پیام خماند[4]، مریم پرواره[5]

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:33664658-087 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 نسخه12 در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده 14/91 ± 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 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 واژه‌ها: بیماری ام اس، آگاهی، ادراک خطر، رفتارهای محافظتی، سنندج.

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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

مقدمه

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 (2و1). 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 (3و1). 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 (5 و4). 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، فلج مرکزی، اختلالات حسی، اختلالات تعادلی، اختلالات شناختی، خستگی، اختلالات خواب به همراه دوره های عود و بهبودی است (9و8و3).

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 منتشرمی 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 کمتراز 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 (12و 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 ویتامینD، عفونت هایی نظیر عفونت ویروسی اپشتین بار (عامل بیماری منونوکلئوزعفونی) و عفونت ویروسی واریسلا زوستر (عامل بیماری آبله مرغان و زونا) بوده اند (17- 15). همچنین اجتناب از مواجهه کافی با نورآفتاب، استفاده افراطی ازکرم های ضدآفتاب ها و افزایش زندگی شهری از جمله عواملی هستند که سبب کاهش جذب ویتامینD 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 (20و15). 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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 ویتامینD و پیشگیری از کمبود آن، پیشگیری از ابتلا عفونت هایی نظیرعفونت 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 ازکرمهای ضدآفتاب (30و29و20).

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 (32و31). 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 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 برجمعیت، 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 بود. بخش اول شامل 15سؤال مربوط به شناخت نشانه های اولیه بیماری، عوامل خطر در ابتلا ام اس وآگاهی 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

شدیداً مخالف = 1 امتیاز تا شدیداً موافق =5 امتیاز) مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به میانگین امتیاز های کسب شده از کل سؤالات ادراک خطر، در ازای کسب میانگین امتیاز 5-3 (ادراک خطر بالا)، کسب میانگین امتیاز 3 (ادراک خطر متوسط) و کسب میانگین امتیاز 3-1 (ادراک خطر پایین) در نظر گرفته شد. بخش سوم شامل 4 سؤال مربوط به انجام رفتار های 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 (رفتار های محافظتی بالا)، پاسخ بلی به 3 سؤال (رفتار های محافظتی متوسط) و پاسخ بلی به کمتر از 3 سؤال (رفتار های محافظتی پایین) در نظر گرفته شد.

به منظور روایی محتوی پرسش نامه، سوالات 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 وارتقا 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 شناخت0/92 و در بخش سنجش ادراک خطر0/89 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 14/91±38/27 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 35-26 سال (26%) و کمترین تعداد افرد 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 (0/001 >p). 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 (0/03 >p). 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). افراد با شناخت متوسط نسبت به افراد دارای شناخت پایین 49 درصد ادراک خطر بیشتری داشتند (0/042 =P، 1/49 =OR). شناخت و ادراک خطر بیماری ام اس بر رفتارهای محافظتی تاثیر گذار بودند (0/05> P). افراد دارای شناخت متوسط نسبت به افراد با شناخت پایین 49% رفتار محافظتی بیشتری داشتند (0/042= P، 1/49= OR) و افراد با ادراک خطر متوسط و بالا به ترتیب 2/12 (0/000= P، 3/12 =OR) و 1/04 (0/004= P، 2/04 =OR)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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 (%)
گروه سنی		
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
جنسیت		
مرد	300	37/5
زن	500	62/5
وضعیت تاهل		
مجرد	206	25/8
متاهل	594	74/3
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم و دیپلم	554	69/3
دانشگاهی	246	30/7
وضعیت شغلی		
شاغل	265	33/1
بیکار	535	66/9
استعمال سیگار		
بله	89	11/1
خیر	711	88/9
سابقه ام اس در بستگان درجه یک		
بله	25	3/1
خیر	750	93/8
نمی دانم	25	3/1
سابقه ام اس در بستگان درجه دو		
بله	59	7/4
خیر	693	86/6
نمی دانم	48	6

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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

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

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	رفرنس		
متوسط	1/49	1/01 -2/18	0/042
بالا	0/9	0/23 -3/42	0/88

OR= Odds Ratio
CI= Confidence Interval

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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 40-20 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 (37و36). 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 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 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 متعاقبا افزایش احتمال انجام رفتار محافظتی را در پی خواهد داشت (40-38). 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 فیلد های 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 ادارک 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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 کتنده 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 مهم‌ترین علت عدم انجام اقدامات مربوط به انجام رفتارهای محافظت کننده، عدم آگاهی افراد مورد مطالعه بوده است (44و 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 می‌شود (45و32). اگر افراد خود را در معرض ابتلا به بیماری نبینند، این موضوع احتمالا 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 ویتامینD و پیشگیری از کمبود آن، پیشگیری از ابتلا عفونت هایی نظیرعفونت 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 ضدآفتاب و همچنین مراجعه به پزشک در صورت تکرار علائمی مانند دوبینی، ضعف عضلانی دست ها و پاها، درد، کرختی و 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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 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 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.

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, 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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- Weslry, 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. Rosevile, 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]

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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.10]