بررسی تأثیر مداخله آموزشی ترکیبی مبتنی برمدل اعتقاد بهداشتی دراتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل

نازیلا نژاددادگر [۱]، داوود شجاعی‌زاده [۲]، آذر طل، مصطفی حسینی [۳]، فیروز امانی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: توسعه رفتارهای بهداشتی جهت پیشگیری از آلزایمر در افرادی که در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند بسیار حایز اهمیت می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی دراتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضریک مطالعه نیمه تجربی است که در آن ۱۴۸ نفر از سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر اردبیل به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله ومقایسه تقسیم شدند. قبل از اجرای برنامه آموزشی، هر دو گروه پرسش‌نامه محقق ساخته را که روایی وپایایی آن به تأیید رسید تکمیل کردند،سپس افرادگروه آزمون،آموزش‌های لازم را در مورد بیماری آلزایمر و راه‌های پیشگیری از آن به صورت ترکیبی شامل سخنرانی ، بحث گروهی ، پخش کلیپ آموزشی وپرسش وپاسخ در سه جلسه (طی ۳ ماه یادآور تلفنی) دریافت نمودند و دو گروه ۳ ماه بعد مجددا پرسش‌نامه را تکمیل کردند. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۶ مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی گروه مورد مطالعه درگروه مداخله ۷/۹ ± ۶۸/۹ سال و در گروه مقایسه ۷/۶±۶۸/۸ سال بود. قبل از مداخله بین میانگین نمره حساسیت درک شده، شدت درک شده ، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل وعملکرد در دو گروه قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (p>۰/۰۵)، اما بعد از مداخله ، این اختلاف معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱). درگروه مداخله میانگین نمرات آگاهی و اجزای مدل بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری یافت (P <۰/۰۰۱). هم‌چنین میانگین نمره عملکرد نیز در گروه مداخله ۳ ماه بعد از آموزش افزایش معنی‌داری داشت (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این بررسی کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر در سالمندان نشان داد. لذا پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی درمانی از مداخله آموزشی مبتنی بر این مدل بهره گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: مداخله آموزشی ، مدل اعتقاد بهداشتی، آلزایمر، سالمند ، آموزش ترکیبی

ارجاع: نژاددادگر نازیلا، شجاعی‌زاده داوود، طل آذر، حسینی مصطفی، امانی فیروز. **بررسی تأثیر مداخله آموزشی ترکیبی مبتنی برمدل اعتقاد بهداشتی دراتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۰(۲): ۳۹۴-۳۸۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۲۷ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۲**

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی تهران ،تهران،ایران

۲- استاد ، گروه آموزش بهداشت وارتقا سلامت ، دانشکده بهداشت ،دانشگاه علوم پزشکی تهران ،تهران ، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: shojae5@yahoo.com

۳- دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت وارتقای سلامت ، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی تهران ،تهران ، ایران

۴- استاد ، گروه آماروایپدمیولوژی ، دانشکده بهداشت ،دانشگاه علوم پزشکی تهران ،تهران ، ایران

۵- دانشیار،گروه آمار وایپدمیولوژی ،دانشکده بهداشت ،دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ، اردبیل ، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

مقدمه

عمر طولانی یکی از آرمان‌های بشر از ابتدای حیات بوده است. در قرن حاضر نیز ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی باعث افزایش امید به زندگی وجمعیت سالمند در سطح دنیا و جوامع شده است (۱). با افزایش امید به زندگی و جمعیت سالمند، میزان ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده روند تزایدی داشته است (۲). به طوری‌که این بیماری‌ها عامل ۶۰ درصد از مرگ و میرها و حدود نیمی از کاهش طول عمرها را شامل شده است (۳).

طبق تعریف جمعیت‌شناسان و سازمان بهداشت جهانی آغاز دوران پیری وسالخوردگی سنین ۶۰ تا ۶۵ سال می‌باشد (۱). هم‌اکنون ۷۵۸/۴ میلیون سالمند در سراسر جهان زندگی می‌کند (۴)که این آماردر سال ۲۰۲۵ به رقمی معادل یک میلیارد و یکصد و بیست و یک میلیون نفر که حدود ۷/۱۲ درصد جمعیت جهان می‌باشد خواهد رسید (۵). در اوایل قرن بیستم فقط ۴٪ مردم جهان عمر بالای ۶۰ سال داشتند و هم‌اکنون ارتقا سطح بهداشت باعث شده است امید به زندگی درکشور سوئد ۸۵ سال در ژاپن ۸۲ سال و در ایران در زنان ۷۴سال و در مردان ۷۲ سال باشد (۶).

با افزایش سن احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن در سالمندان افزایش می‌یابد به طوری‌که اغلب افراد بالای ۶۰ سال حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می‌باشند در اغلب موارد این بیماری‌ها عامل دو سوم ناتوانی سالمندان بالای ۶۰ سال می‌باشد (۴). از جمله بیماری‌های مزمن دوران سالمندی آلزایمر است که در قرن اخیر روند رو به رشدی داشته است آلزایمر یک بیماری پیش‌رونده و تحلیل‌برنده سیستم عصبی مرکزی است که باعث اختلال مزمن در حافظه، تفکر، درک، زبان و ارتباط بین‌فردی می‌شود (۷). سن یکی از مهم‌ترین عوامل خطر شناخته شده بیماری آلزایمر است به‌طوری‌که به به‌طور متوسط، از هر ۱۰ سالمند بالای ۷۵ سال یک نفر به آلزایمر مبتلا می‌شود که با بالا رفتن سن و گذشت از ۷۰ سال، این احتمال دو برابر افزایش می‌یابد. به طوری‌که تقریباً نیمی از جمعیت افراد بالای ۸۵ سال به این بیماری مبتلا می‌شوند. عامل خطرناک در بروز این بیماری، افزایش سن است که رابطه مستقیم با آن دارد. هم‌اکنون ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال به این بیماری مبتلا می‌باشند. فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی – عروقی، دیابت و بالا بودن کلسترول خون از عوامل خطر ابتلا به این بیماری محسوب می‌شوند.

هم‌اکنون ۳۵/۶ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند که این آمار تا سال ۲۰۵۰ به ۶۵/۷ میلیون نفر خواهد رسید. در سال ۲۰۱۰ شمار مبتلایان به این بیماری در ایالات متحده آمریکا ۷/۸۲ میلیون ودر کشورهای آسیایی ۱۵/۹۴ میلیون نفر گزارش شده است (۹). در ایران هیچ‌گونه غربال‌گری در این زمینه بعمل نیامده است، لذا بر اساس آمار جهانی تخمین زده می‌شود بیش از ۵۰۰ هزار نفر در ایران به این بیماری مبتلا باشند (۱۰).

با توجه به پیر شدن جوامع، چالش‌ها و نگرانی‌های بسیاری پیش روی جوامع وجود دارد که از آن جمله می‌توان کاهش رشد اقتصادی، افزایش هزینه‌های سیستم‌های سلامتی و تأمین رفاه سالخوردگان ومراقبت از آن‌ها را نام برد زیرا توسعه اقتصادی هر کشور به کمیت و کیفیت نیروی کار آن کشور بستگی دارد. زمانی که افراد پنجمین دهه زندگی خود را پشت سر می‌گذارند، احتمال ابتلای آن‌ها به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده وابسته به سن افزایش می‌یابد، از آنجا که بیماری‌های مزمن و غیر واگیر در بیشتر موارد به سبک زندگی و رفتار افراد مربوط است و با حذف رفتارهای ناسالم از جمله کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، کاهش روابط خانوادگی، استعمال دخانیات و.. قابل پیشگیری هستند. اهمیت آگاهی افراد از نقش سبک زندگی سالم کاهش و حذف رفتارهای پرخطر اهمیت به سزایی دارد. در ایران به‌دلیل ساختار جمعیتی تاکنون مشکلات دوران سالمندی به صورت جدی مورد بررسی قرار نگرفته است لذا با توجه به افزایش فزاینده سالمندان در ایران در آینده‌ای نزدیک مشکلات این قشر جامعه بروز خواهد کرد به همین دلیل شناخت مشکلات و بیماری‌های این دوران و هم‌چنین آشنایی با راه‌های پیشگیری ازآن مهم‌ترین مسؤولیت سیاست‌گذاران و کارکنان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

سلامت می‌باشد که این مهم از طریق طراحی برنامه‌های آموزشی هدفمند میسر خواهد شد. آموزش بهداشت یکی از مؤثرترین روش‌های مداخله جهت ایجاد رفتار سالم و تغییر سبک زندگی به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌ها می‌باشد (۱۱). هدف آموزش بهداشت تلاش برای تغییر رفتار به منظور ارتقا و حفظ سلامتی و بهبود کیفیت زندگی است (۱۲) .تغییر رفتار در سالمندان به علت تثبیت رفتار اقدامی بسیار مشکل است و آموزش سنتی به این گروه سنی عموماً کارایی لازم را نخواهد داشت (۱۳). لذا به منظور اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت استفاده از تئوری‌ها و مدل‌های آموزشی ضرورت دارد. یک مدل آموزشی برنامه را در مسیر صحیح شروع کرده و هدایت برنامه را تا مرحله نهایی و ارزشیابی ادامه می‌دهد (۱۴).

مدل اعتقاد بهداشتی (HBM یا Health Belief Model) الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری‌ها نقش دارد و اساس این الگو بر انگیزه افراد برای اتخاذ رفتار است. این مدل تأکید بر این دارد که چگونه ادراک افراد باعث حرکت برای عمل می‌شود به طورکلی این مدل بر تغییر اعتقاداتی تمرکز دارد که منجر به رفتار می‌شود .

خودکارامدی به عنوان یکی از مفاهیم تئوری یادگیری اجتماعی است که به عنوان اطمینان شخص از انجام موفقیت‌آمیز رفتاری را که مستلزم حصول نتایج است تعریف شده است. این جز به عنوان یک ساختار مجزا از مفاهیم اصلی حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده به HBM اضافه شده است (۱۵).

بر اساس این مدل شخص باید باور کند که مستعد ابتلا به بیماری آلزایمر است (حساسیت درک شده)، عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را در زندگی خود و دیگران درک کند (شدت درک‌شده) و به دنبال این موضوع، منفعتی را که درخصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر وجود دارد را درک کند (منفعت درک‌شده) و بتواند بر عوامل بازدارنده از اتخاذ رفتار هم‌چون هزینه غلبه کند (موانع درک‌شده). با در نظر داشتن این نکته که افزایش جمعیت سالمند و بیماری‌های مزمن در جوامع کنونی یک معضل بهداشتی–رفتاری است، مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل انجام شده است.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی است که بر روی ۱۴۸ سالمند بالای ۶۰ سال انجام گرفته است، در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شده است که جهت کار، به شکل تصادفی از ۲۹ مرکز بهداشتی درمانی ۸ مرکز انتخاب شد و سپس به شکل تصادفی ۴ مرکز برای گروه آزمون و ۴ مرکز برای گروه مقایسه انتخاب گردید معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بود از سالمندان بالای ۶۰ سال که مبتلا به بیماری آلزایمر نباشند (بیماری به تأیید پزشک نرسیده باشد) و معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. افراد با همکاری کارکنان مراکز به‌صورت تلفنی جهت شرکت در جلسه آموزشی دعوت می‌شدند. شرکت در پژوهش با کسب رضایت شرکت‌کنندگان بود و محرمانه بودن اطلاعات پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها یادآوری شد. بر اساس فرمول حجم نمونه ۱۴۸ سالمند (۷۴ نفر در هرگروه) به روش تصادفی انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و مقایسه قرار داده شد .

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، پرسش‌نامه چهار قسمتی بود که از طریق مرور مقالات و کتب علمی طراحی شد. بخش اول پرسش‌نامه شامل ۱۷ سؤال مربوط به اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم ۱۳ پرسش چندگزینه‌ای مربوط به سنجش آگاهی، بخش سوم ۲۸ پرسش مربوط به سنجش اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده ۴ سؤال، شدت درک شده ۴ سؤال ،منافع درک شده ۵ سؤال، موانع درک شده ۶ سؤال، راهنمای عمل ۶ سؤال) و بخش چهارم ۱۰سؤال چهار گزینه‌ای برای سنجش عملکرد بود.

برای نمره‌دهی در پرسش‌های آگاهی پاسخ صحیح امتیاز یک و پاسخ غلط یا نمی‌دانم امتیاز صفر را به خود اختصاص می‌داد

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

با این توصیف، حداقل امتیاز آگاهی صفر و حداکثر نمره ۱۳ بود، برای پرسش‌های سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی که در مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) طراحی شده و از یک تا پنج نمره‌گذاری شد. برای سنجش عملکرد که بصورت خود گزارش‌دهی و در چهار گزینه طراحی شده بود پاسخ صحیح امتیاز یک و مابقی گزینه‌ها نمره صفر را به خود اختصاص دادند.

برای کسب اعتبار محتوایی ابزار گردآوری، پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و اردبیل قرار گرفت و نظرات آنان در پرسش‌نامه اعمال گردید.

برای سنجش پایایی ابزار، پرسش‌نامه در اختیار۲۰ نفر از سالمندان تحت پوشش مراکز که در مطالعه حاضر شرکت نداشتند قرار گرفت و با استفاده از روش همسانی درونی آلفا کرونباخ سؤالات آگاهی ٪۷۳=α و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی٪۷۷ =α به‌دست آمد. هم‌چنین همبستگی درونی تک تک سازه‌های مدل عبارت بودند از حساسیت درک شده ٪۷۸=α، شدت درک شده ٪۸۴=α، منافع درک شده ٪۷۲=α، موانع درک شده ٪۷۵=α، راهنمای عمل ٪۸۰=α و عملکرد ٪۷۷=α .پرسش‌نامه توسط هر دو گروه در سه مرحله قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد آموزش تکمیل گردید.

برنامه مداخله آموزشی که بر مبنای محتوی آموزشی طراحی شده بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی و هدف کلی تحقیق یعنی افزایش میزان آگاهی، گرایش نسبت به محتوی آموزشی و ایجاد و تقویت عملکردهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر در گروه آزمون تدوین شد و طی ۳ جلسه آموزشی ۶۰-۴۵ دقیقه در مراکز بهداشتی درمانی به روش سخنرانی و بحث گروهی به همراه پرسش و پاسخ برای گروه مداخله اجرا گردید و در پایان جلسه سوم شماره تماس شرکت‌کنندگان جهت انجام پیگیری و ارسال یادآور تلفنی (به عنوان راهنمای عمل) دریافت شد. هم‌چنین شماره تماس محقق نیز در اختیار آنان قرار گرفت. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت دعوت تلفنی و حضور در مراکز بهداشتی درمانی از هر دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله قبل از آموزش، پس از آموزش و سه ماه بعد از آموزش انجام گردید. برای تکمیل این پرسش‌نامه به طور متوسط ۲۰-۱۵ دقیقه زمان لازم بود و در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شد و توسط نرم‌افزار SPSS۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آنکووا، کای دو وتی مستقل مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد($p<۰/۰۵$) .

یافته‌ها

از مجموع میانگین سنی گروه مورد مطالعه در گروه مداخله ۶۸/۹±۷/۹ سال و درگروه مقایسه ۶۸/۸±۷/۶ بود و از این نظر تفاوت معنی‌دار میان دوگروه وجود نداشت (p =۰/۸۹). حدود ۳۸٪ افراد گروه مداخله و۴۰٪ گروه مقایسه تحصیلات بالاتر ازدیپلم و ۳۱٪ افراد گروه آزمون و۲۴٪ گروه مقایسه تحصیلاتشان زیر دیپلم بود که تفاوت دو گروه معنی‌دار نبود (p =۰/۸۲). هم‌چنین در مورد سابقه ابتلا به آلزایمر در خانواده، میان دو گروه آزمون و مقایسه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (p =۰/۸۴). کلیه اطلاعات دموگرافیک به استثناء شغل در دو گروه مداخله و مقایسه پس از تخصیص تصادفی با آزمون مجذور کای وتی تست مستقل سنجش شد وتفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p>۰/۰۵$) .

مقایسه میانگین نمره اجزای مدل (حساسیت درک شده، شدت درک‌شده، موانع و منافع درک‌شده و راهنمای عمل) و عملکرد طبق نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش درگروه مقایسه وجود نداشت، اما این تفاوت در گروه مداخله معنی‌دار بود (p <۰/۰۰۱). هم‌چنین در میان افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۱/۵درصد افراد هیچ‌گونه اطلاعاتی در خصوص بیماری آلزایمر کسب نکرده بودند .

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد تحت مطالعه در دو گروه

مشخصات دموگرافیک		گروه مداخله تعداد (درصد)		گروه مقایسه تعداد (درصد)	
سن (سال)					
	۶۰-۶۴	۲۵	۳۴/۷	۲۷	۳۷
	۶۵-۶۹	۲۲	۳۰/۶	۱۸	۲۴/۷
	۷۰-۷۴	۶	۸/۳	۱۰	۱۳/۷
	۷۵-۷۹	۱۰	۱۳/۹	۱۰	۱۳/۷
	۸۰-۸۴	۴	۵/۶	۴	۵/۵
	بالاتر از ۸۵	۵	۶/۹	۴	۵/۵
سطح تحصیلات					
	بیسواد	۲۳	۳۴/۲	۲۵	۳۱/۹
	زیر دیپلم	۲۲	۲۳/۳	۱۷	۳۰/۶
	بالای دیپلم	۲۷	۳۹/۷	۲۹	۳۷/۵
تأهل	مجرد	۴	۵/۶	۳	۴/۱
	متاهل	۶۷	۹۴/۴	۷۰	۹۵/۹
درآمد					
	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۲۵	۳۵/۲	۲۸	۳۸/۴
	بین ۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان	۳۷	۳۷	۳۱	۴۲/۵
	بیش از یک میلیون تومان	۹	۹	۱۴	۱۹/۲
جنس					
	زن	۳۱	۴۳/۱	۳۴	۴۶/۶
	مرد	۴۱	۵۶/۹	۳۹	۵۳/۴

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در گروه‌های آزمون ومقایسه قبل و بعد از مداخله

نام متغیر		گروه مداخله میانگین±انحراف معیار		مقایسه میانگین±انحراف معیار	RM-ANCOVA (p-value)
آگاهی		پیش آزمون	۶/۲۲±۳	۸/۱±۳/۶	NS
		پس آزمون	۱۰/۳±۲/۲	۸/۲±۲/۷	<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده		پیش آزمون	۱۱/۶±۲/۷	۱۰/۹۴±۲/۳	NS
		پس آزمون	۱۴/۶±۲/۷	۱۱/۷±۳	<۰/۰۰۱
شدت درک شده		پیش آزمون	۱۳/۵±۲/۹	۱۳/۴±۳/۵	NS

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

منافع درک شده	پس آزمون	۱۵/۷±۲/۵	۱۳/۵۲±۳/۳	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۷/۹±۴	۱۹/۴±۳/۳	NS
موانع درک شده	پس آزمون	۲۰/۶± ۲/۵	۱۹±۳/۱	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۸/۳± ۴/۵	۱۹±۴/۱	NS
راهنمای عمل	پس آزمون	۱۸/۴±۴/۶	۱۹±۴/۳	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۶/۶±۱/۱	۶/۵±۱	NS
رفتار	پس آزمون	۶/۸±۱/۱	۶/۲± ۰/۹	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۸± ۱/۸	۲/۶±۲/۱	NS
	پس آزمون	۳/۹±۲/۱	۲/۷±۲/۱	<۰/۰۰۱

Not Significant NS:

بحث

نتایج به‌دست آمده در پایان مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی، اجزای مدل و رفتار در گروه مداخله سیر افزایشی داشت که این نتیجه در سایر مطالعات مشابه از جمله مطالعه شریفی راد و همکارانش در زمینه اثربخشی آموزش تغذیه با مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران دیابتی نیز مشاهده شده است (۱۵). در مطالعه حمیدی زاده وهمکاران نیز آموزش ورزشهای ساده وانجام روزانه آنها توسط سالمندان باعث ارتقا کیفیت زندگی آنها گردید (۱۶)که نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

یافته‌های موانع درک شده در این مطالعه نشان داد که میان میانگین نمره موانع درک شده گروه آزمون و مقایسه بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری داشت به طوری‌که این میزان در گروه آزمون کاهش یافته بود. با شناخت عوامل خطر و راه‌های پیشگیری مانع عدم آگاهی و با پیگیری‌های به‌عمل آمده و جلسات بحث و گفتگو مانع عدم علاقه به مصرف غذاهای مفید، فعالیت فیزیکی کاهش یافت . هم‌چنین با آموزش جهت تعدیل هزینه‌های زندگی مصرف غذاهای مؤثر جهت پیشگیری ازآلزایمر افزایش یافت. در مطالعه Mark و همکاران (۱۷)، جعفری و همکاران (۱۸)، شریفی راد و همکاران (۱۹) شیدفر و همکاران(۲۰) ، McFarland و همکاران (۲۱) نیز نتایج با مطالعه حاضر همخوان است .

در زمینه منافع درک شده از انجام رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر نیز میانگین نمره نمونه‌های مورد پژوهش بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری یافت. به‌طوری‌که افراد مداخله به درک بیشتری از مزایای اجرای راه‌های پیشگیری از آلزایمر دست یافتند. مطالعات نشان می‌دهد درک شخص از منافع اجرای یک هدف، مسیر اجرای رفتار بهداشتی را هموارتر می‌کند. در مطالعه حاضر میانگین نمره رفتارهای پیشگیری‌کننده قبل از انجام مداخله در دو گروه مداخله و مقایسه تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد اما بعد از مداخله آموزشی این تفاوت به شکل معنی‌داری مشهود است. بدین معنی که بعد از مداخله آموزشی و ایجاد انگیزه کافی رفتار افراد بهتر شد.

نتیجه‌گیری

پژوهش جاری به نوبه خود، اولین مطالعه انجام شده درباره سنجش اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر در سالمندان است نتایج به‌دست آمده نشان داد به کارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر در سالمندان به افزایش سطح آگاهی و بهبود عملکرد آن‌ها منجر می‌شود. از آنجا که به نظر می‌رسد مطالعه مشابهی درمورد تأثیر مداخله آموزشی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در مورد بیماری آلزایمر در سالمندان انجام نشده است ، لذا برای بررسی نتایج حاصل به مطالعات مرتبط دیگر که از اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در بیماری‌های مزمن استفاده کرده است استناد شده است .

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

محدودیت‌ها

محدودیت‌های مطالعه حاضر عبارت از فراخوانی سالمندان جهت حضور در مراکز بهداشتی درمانی خصوصا در پس آزمون مطالعه بود که این امر با پیگیری مکرر و تماس تلفنی جهت دعوت برای شرکت در پس آزمون مرتفع گردید، بی‌سواد یا کم سواد بودن سالمندان در تکمیل پرسش‌نامه که این امر با انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه توسط پرسشگر آموزش دیده رفع شد و کهولت سن و عدم تمایل برخی از سالمندان جهت شرکت در کلاس‌های آموزشی که این مسأله با مراجعه پرسشگر به درب منازل ایشان مرتفع گردید. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که درحوزه آموزش سالمندان استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در مقایسه با رویکرد رایج آموزشی که در حال حاضر به عنوان قالب اصلی آموزش است کارآیی بیشتری دارد. لذا برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت به کارکنان و دست اندرکاران بخش‌های بهداشتی درمانی از ضروریات مهم نظام سلامت می‌باشد چرا که کارکنان نظام سلامت با تغییر خط و مشی خود از آموزش سنتی به رویکردهای نوین گامی مهم در ارتقا سلامت افراد و جامعه برخواهند داشت که این امر مهم در نهایت باعث کاهش بار بیماری و عوارض ناشی از آن در جامعه خواهد شد. هم‌چنین با توجه به این‌که مطالعه‌های بسیار محدودی در خصوص تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری و مدل در سالمندان انجام شده است، لذا با توجه به نتایج مطلوب کاربرد این الگوها انجام مطالعات دیگر در این زمینه توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر گزارش بخشی ازپایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در رشته آموزش بهداشت است که بدین وسیله پژوهشگر مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری پرسنل محترم مرکز بهداشت استان و شهرستان اردبیل و کارکنان مراکز بهداشتی– درمانی اردبیل اعلام می‌دارد.

References

1. Mirzae S. Some observations on the dimensions of aging with alook at JAPAN'S experience. Human Sciences 2007; 8(53): 195-216.
2. Ahangari M, Arjmand Hesabi M, Kamali M. Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs.SalmandIranian Journal of Ageing 2007;2(3):182-9.
3. Vahdani Nia A ,Montazeri A ,Maftoon F. Health – related quality of life in an elderly population in Iran . Journal of Medical Science 2005;4(2):113-20.
4. Fathi Rezaie Z, Aslankhani MA, Farsi A, Abdoli B, Zamani Sani H. A Comparison of Three Unctional Tests of Balance in Identifying Fallers from Non-Fallers in Elderly People. Knowledge & Health 2010; 4(4): 22-7.[In Persian].
5. Buchman AS, Boyle PA, Yu L, Shah RC, Wilson RS, Bennett DA. .Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults.Neurology 2012; 78(17):1323-9.
6. Norton MC, Dew J, Smith H, Fauth E, Piercy KW, Breitner JC, et al. Lifestyle Behavior Pattern Is Associated with Different levels of Risk for Incident Dementia and Alzheimer's Disease. Journal of the American Geriatrics Society 2012;74(17):405–12.
7. Azizi Z, Noroozian M, Kaini-Moghaddam Z, Majlessi N. Association between NOS3 gene G894T polymorphism and late-onset Alzheimer disease in a sample from Iran. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2010;24(2):204-8.
8. Andrieu S, Rascol O, Lang T, Grandjean H, Vellas B. Disease modifying trials in Alzheimer disease: Methodological and statistical issues. Journal of Nutrition , Health & Aging. 2006; 10(2):116-7.
9. Friedland RP. Epidemiology, education, and the ecology of Alzheimer's disease. Neurology 2008;43: 246-9.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

10. Golyan Tehrani SH, Ghobadzade M, Arasto M. Promoting Health Status of Menopausal Women by Educating Self Care Strategies. Hayat Journal 2008; 13 (3): 67-75.[In Persian].
11. Mohajer T. Patient Education. 1th ed. Tehran: Salemi Publisher; 2001. [In Persian].
12. Davari S, Dolatian M, Maracy M, Sharifirad G , Safavi M. The Effect of A Health Belief Model (HBM)- based Educational Program on the Nutritional Behavior of Menopausal Women in Isfahan. Iranian Journal of Medical Education 2011;10(5):1263-72.
13. Blalock SJ ,Devellis RF. Health saliencies reclaiming a concept from the lost and found. Health EducRe.2005; 13(3): 399-406.
14. Shojaeezadeh D. Health Education Models. 1st ed. Communication and health education center publisher – Ministryof Health and Medical Education; 2000. [In Persian].
15. Sharifirad Gh, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. J Res Med Sci 2009;14(1): 1–5
16. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Eatemadifar Sh. [Assessment the effect of group exercise on quality of life in older adults]. J Saddughy Uni Yazd. 2009; 16(1): 81–86. [In Persian].
17. Mark Daniel, Lynne C. Messer. Perceptions of diseaseseverity and barriers to self-care predict glycemiccontrol in aboriginal persons with type 2 diabetesmellitus. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdicmcc/23-4/b_e.html
18. Ghaffari M, Tavassoli E, Esmaillzadeh A, Hassanzadeh A. Effect of Health Belief Model based intervention on promoting nutritional behaviors about osteoporosisprevention among students of female middle schools in Isfahan, Iran. J Educ Health Promot 2012;1:14-19.
19. Sharifi-rad GR, Hazavei MM, Hasanzadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students.Arak Med Univ Journal 2007;10:1–8.
20. Shidfar MR, Hosieni M, Shojaeizadeh D, et al. The effect of health education program on knowledge and attitude cardiovascular diseases in the Mashhad hospital .Journal of Birjand university of medical sciences and health services. 2007;14(1):18-27.[In Persian].
21. McFarland DM. Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: Knowledge and Perceptions. Int Nurs Rev 2003; 50(3): 167-75.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]

Assessing the Effect of Blended Educational Program Based on Health Belief Model on Adopting Preventive Behaviors in Alzheimer among Elders under Covering Ardebil Health Care Setting

Nazila Nejad Dadgar[1], Davoud Shojaeizadeh [2], Azar Tol [3], Sayed Mostafa Hossaini [4], Firoz Amani [5]

Original Article

Abstract

Background: Healthy behaviors in Alzheimer prevention among at risk are very important. This study aimed to assess the effect of educational program based on Health Belief Model on adopting preventive behaviors in Alzheimer among elders under covering Ardebil health care setting.

Methods: This was a quasi-experimental study which was conducted in 2013 among 148 elders who divided into two groups using random allocation sampling method using a valid and reliable questionnaire. Blended educational program was performed some educational strategies such as lecture, group discussion and face to face approach of during three sessions and telephone recall during 6 months. Data collection was conducted in two stages, before and 6 months after the program in the two groups separately. SPSS software version $_{16}$ was used for analyzing the collected data. The significant level was considered at less than 0.05.

Findings: Mean age of participants were 68/9±7.9 and 68/8±7/6 years in intervention and control groups respectively. There was no significant difference between perceived threatening, perceived severity, perceived benefits and barriers, Cues to Action and performance before intervention ($p>0.05$). But after educational intervention these changes was significant ($p<0.001$). Mean score of knowledge and model constructions had increase significantly ($p<0.001$).Also, mean score of performance had increasing significantly ($p<0.001$).

Conclusion: study results revealed effectiveness of HBM in adopting preventive behaviors among elders about Alzheimer. It has been suggested that intervention program based on HBM usage in other health care setting.

Keywords: Educational Intervention, Health Belief Model, Alzheimer, Elder, Blended education

Citation: Nejad Dadgar N, Shojaeizadeh D, Tol A, Hossaini M, Amani F. **Heavy metals in industrial wastewater especially chromium (VI) are considered as the main environmental pollutants.** J Health Syst Res 2014; 10(2):386-394

Received date: 18.09.2013 **Accept date: 22.04.2014**

1. MSPH Student in Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran (Corresponding Author) Email: shojae5@yahoo.com
3. PhD in Health Education and Promotion , Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran
5. Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Ardebil University of Medical Sciences. Ardebil, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-06]