

بررسی تأثیر مداخله آموزشی ترکیبی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل

نازیلا نژادادگر^۱، داوود شجاعی زاده^۲، آذر طل^۳، 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 در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر انجام شد.

روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن ۱۴۸ نفر از سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شدند. قبل از اجرای برنامه آموزشی، هر دو گروه پرسش نامه محقق ساخته را که روایی و پایایی آن به تأیید رسید تکمیل کردند، سپس افراد گروه آزمون، آموزش های لازم را در مورد بیماری آلزایمر و راه های پیشگیری از آن به صورت ترکیبی شامل سخنرانی، بحث گروهی، پخش کلیپ آموزشی و پرسش و پاسخ در سه جلسه (طی ۳ ماه یاد آور تلفنی) دریافت نمودند و دو گروه ۳ ماه بعد مجدداً پرسش نامه را تکمیل کردند. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی گروه مورد مطالعه در گروه مداخله $68/9 \pm 7/9$ سال و در گروه مقایسه $68/8 \pm 7/6$ سال بود. قبل از مداخله بین میانگین نمره حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل و عملکرد در دو گروه قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$)، اما بعد از مداخله، این اختلاف معنی دار بود ($P < 0/001$). در گروه مداخله میانگین نمرات آگاهی و اجزای مدل بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی داری یافت ($P < 0/001$). هم چنین میانگین نمره عملکرد نیز در گروه مداخله ۳ ماه بعد از آموزش افزایش معنی داری داشت ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: یافته های این بررسی کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر در سالمندان نشان داد. لذا پیشنهاد می شود در مراکز بهداشتی درمانی از مداخله آموزشی مبتنی بر این مدل بهره گرفته شود.

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

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۲۷

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۳- دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

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 و در 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 و مراقبت 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 به دلیل 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 از آن مهم‌ترین مسؤلیت سیاست‌گذاران و کارکنان

عمر طولانی یکی از آرمان‌های بشر از ابتدای حیات بوده است. در قرن حاضر نیز ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی باعث افزایش امید به زندگی و جمعیت 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 تزايدی داشته است (۲). به طوری که 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 و سالخوردگی سنین ۶۰ تا ۶۵ سال می‌باشد (۱). هم‌اکنون ۷۵۸/۴ میلیون سالمند در سراسر جهان زندگی می‌کند (۴) که این آمار در 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 در کشور سوئد ۸۵ سال در ژاپن ۸۲ سال و در ایران در زنان ۷۴ سال و در مردان ۷۲ سال باشد (۶).

با افزایش سن احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن در سالمندان افزایش می‌یابد به طوری که 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 به طوری که به به طور 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 طوری که تقریباً نیمی از جمعیت افراد بالای ۸۵ سال به این بیماری مبتلا

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 پیشگیری کننده 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 به صورت 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 هر گروه) 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 ۱۰ سؤال 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

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 طور کلی این مدل بر تغییر اعتقاداتی تمرکز دارد که منجر به رفتار می‌شود.

خودکارآمدی 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 درک شده) و به دنبال این موضوع، منفعتی را که در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر وجود دارد را درک کند (منفعت درک شده) و بتواند بر عوامل بازدارنده از اتخاذ رفتار هم‌چون هزینه غلبه کند (موانع درک شده). با در نظر داشتن این نکته که افزایش جمعیت

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 SPSS ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آنکووا، کای دو وتی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($p < 0/05$).

یافته‌ها

از مجموع میانگین سنی گروه مورد مطالعه در گروه مداخله $68/9 \pm 7/9$ سال و در گروه مقایسه $68/8 \pm 7/6$ بود و از این نظر تفاوت معنی‌دار میان دو گروه وجود نداشت ($p = 0/89$). حدود ۳۸٪ افراد گروه مداخله و ۴۰٪ گروه مقایسه تحصیلات بالاتر از دیپلم و ۳۱٪ افراد گروه آزمون و ۲۴٪ گروه مقایسه تحصیلاتشان زیر دیپلم بود که تفاوت دو گروه معنی‌دار نبود ($p = 0/82$). همچنین در مورد سابقه ابتلا به آلزایمر در خانواده، میان دو گروه آزمون و مقایسه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0/84$). 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 و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$).

مقایسه میانگین نمره اجزای مدل (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل) و عملکرد طبق نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه مقایسه وجود نداشت، اما این تفاوت در گروه مداخله معنی‌دار بود ($p < 0/001$). همچنین در میان افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۱/۵ درصد افراد هیچ‌گونه اطلاعاتی در خصوص بیماری آلزایمر کسب نکرده بودند.

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 اردیبل قرار گرفت و نظرات آنان در پرسش‌نامه اعمال گردید.

برای سنجش پایایی ابزار، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ 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 $\alpha = 0/73$ و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی $\alpha = 0/77$ به دست آمد. همچنین همبستگی درونی تک تک سازه‌های مدل عبارت بودند از حساسیت درک شده $\alpha = 0/78$ ، شدت درک شده $\alpha = 0/84$ ، منافع درک شده $\alpha = 0/72$ ، موانع درک شده $\alpha = 0/75$ ، راهنمای عمل $\alpha = 0/80$ و عملکرد $\alpha = 0/77$. 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 ۴۵-۶۰ 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 به صورت دعوت تلفنی و

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد تحت مطالعه در دو گروه

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

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

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

<0/001	13/52±3/3	15/7±2/5	پس آزمون	منافع درک شده
NS	19/4±3/3	17/9±4	پیش آزمون	
<0/001	19±3/1	20/6±2/5	پس آزمون	موانع درک شده
NS	19±4/1	18/3±4/5	پیش آزمون	
<0/001	19±4/3	18/4±4/6	پس آزمون	راهنمای عمل
NS	6/5±1	6/6±1/1	پیش آزمون	
<0/001	6/2±0/9	6/8±1/1	پس آزمون	رفتار
NS	2/6±2/1	2/8±1/8	پیش آزمون	
<0/001	2/7±2/1	3/9±2/1	پس آزمون	

Not Significant NS:

مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری یافت. به طوری که 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 پیشگیری کننده 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 به دست آمده نشان داد به کارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلزایمر در سالمندان به افزایش سطح آگاهی و بهبود عملکرد آن‌ها منجر می‌شود. از آنجا که به نظر می‌رسد مطالعه مشابهی در مورد 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.

بحث

نتایج به دست 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 و همکاران نیز آموزش ورزش‌های ساده و انجام 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 میانگین نمره موانع درک شده گروه آزمون و مقایسه بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری داشت به طوری که این میزان در گروه آزمون کاهش یافته بود. با شناخت عوامل خطر و راه‌های پیشگیری مانع عدم آگاهی و با پیگیری‌های به عمل 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 از آلزایمر 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

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 این که 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 از پایان‌نامه 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.

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 کارایی 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

References

1. Mirzae S. Some observations on the dimensions of aging with a look 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.

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 disease severity and barriers to self-care predict glyceemiccontrol 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, Esmailzadeh 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.

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 Dadgar¹, Davoud Shojaeizadeh², Azar Tol³,
Sayed Mostafa Hossaini⁴, Firoz Amani⁵

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 $68/9 \pm 7.9$ and $68/8 \pm 7/6$ 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