

دانش، نگرش و عملکرد نسبت به عوامل خطرزای استروک در اصفهان*

دکتر سید علی موسوی^۱، علی مهربانی کوشکی^۲، بهناز شجاعی^۳، گیلگیتی کرار حسین^۴

خلاصه

مقدمه: استروک سومین علت مرگ در جهان پس از بیماری‌های قلبی و سرطان می‌باشد. عوارض بعد از استروک عامل ناتوانی‌های زیادی در بیماران است. در ایالات متحده در هر ثانیه یک نفر دچار استروک می‌شود؛ متأسفانه آمار دقیقی از میزان شیوع استروک در اصفهان وجود ندارد. در این مطالعه دانش، نگرش و عملکرد مراجعین به مراکز بهداشتی شهر اصفهان در مورد عوامل خطرزای استروک را مورد بررسی قرار دادیم.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی در مجموع ۳۳۲ نفر از مراجعین به واحدهای بهداشتی دانشگاهی مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت سیستماتیک بود و داده‌های مربوط به دانش، نگرش و عملکرد پس از جمع‌آوری به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مجموع ۳۳۲ نفر (۱۴۴ مرد و ۱۸۲ زن) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی مردان و زنان به ترتیب $42 \pm 8/5$ و $41/1 \pm 7/3$ بود. میانگین نمره دانش، نگرش و عملکرد افراد مورد مطالعه در مورد عوامل خطرزای استروک $1/6 \pm 14/5$ بود.

نتیجه‌گیری: دانش، نگرش و عملکرد افراد جامعه در مورد عوامل خطرزای استروک در حد مطلوب نبود و باید در جهت ارتقای سطح آگاهی جامعه در مورد استروک برنامه‌ریزی‌های لازم انجام شود.

واژگان کلیدی: دانش، نگرش، عملکرد، استروک.

مقدمه

استروک سومین علت مرگ در جهان پس از بیماری‌های قلبی و سرطان است (۱)؛ به طوری که در ایالات متحده در هر ثانیه یک نفر به این بیماری مبتلا می‌شود و هر ۳/۱ دقیقه یک نفر به علت آن می‌میرد (۱). بهترین راه برای کاهش بار استروک پیش‌گیری است (۲).

هر ساله هزاران نفر در ایران، در اثر سکته مغزی جان می‌دهند (۳). نکته قابل توجه این است که این بیماری به طور ناگهانی اتفاق نمی‌افتد و پزشکان می‌توانند افرادی را که در معرض ابتلا به آن هستند

مشخص کنند (۴). با شناختن عوامل خطرزای استروک قادر خواهیم بود از بروز موارد زیادی از بیماری جلوگیری کنیم. از این رو آگاهی از میزان شناخت مردم از علل و عوامل خطرزای استروک می‌تواند تا حدودی مفید بوده و از موارد زیادی از استروک پیش‌گیری نموده یا وقوع آن‌ها را به تعویق بیندازد. مطالعه حاضر با هدف تعیین دانش، نگرش و عملکرد (Knowledge, attitude, practice) یا KAP مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر اصفهان طراحی و اجرا گردید.

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

^۱ دانشیار، گروه مغز و اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ کارشناس ارشد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ کارشناس، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی بود. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه شامل تمامی مراجعین به مراکز بهداشتی شهر اصفهان از اول فروردین ماه لغایت پایان خرداد ماه سال ۱۳۸۷ بود. حجم نمونه‌ی مورد نیاز این مطالعه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات شیوع و در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۱ درصد و نیز نسبت جمعیتی که دانش، نگرش و عملکرد مطلوبی دارند که حدود ۲۵ درصد جمعیت تخمین زده شد به تعداد ۷۲ نفر برآورد گردید. با توجه به سطوح متغیر مورد نظر، که در اینجا جنس در نظر گرفته شد، تعداد چهار برابر این مقدار یعنی ۲۸۸ نفر و در نهایت جهت اطمینان بیشتر، در مجموع ۳۳۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

نمونه‌های مورد نیاز این مطالعه با استفاده از دفتر مراجعین به واحدهای بهداشتی دانشگاهی اعم از مراکز بهداشتی، پایگاه‌های بهداشت و همچنین مراجعین به مراکز درمانی که شرایط ورود به مطالعه را داشته باشند انتخاب گردیدند. روش نمونه‌گیری به صورت سیستماتیک بود. معیارهای ورود شامل سکونت در شهر اصفهان، عدم ابتلا به بیماری قلبی عروقی (طبق گفته‌ی شخص)، تمایل برای شرکت در مطالعه بودند. معیار خروج نیز شامل انصراف فرد جهت همکاری با طرح بود. داده‌های مورد نیاز مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که به همین منظور طراحی گردید و به روش مصاحبه جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه با اقتباس از روش سنجش دانش، نگرش و عملکرد که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) یا

(World health organization) مطرح شده (۵)، به عنوان سیستم KAP شناخته می‌شود، طراحی گردید و استاندارد سازی آن نیز با روش پیش‌گفت انجام گردید. حداکثر نمره‌ی هر یک از پرسش‌نامه‌های آگاهی، نگرش و عملکرد در این پرسش‌نامه ۲۰ بود و این نمرات در سه رده‌ی مطلوب (بین ۱۷ تا ۲۰)، متوسط (۱۴ تا ۱۷) و نامطلوب (کمتر از ۱۴) تقسیم‌بندی شدند.

در پرسش‌نامه علاوه بر سؤالات مربوط به KAP مصاحبه‌شوندگان، سوالاتی نیز در مورد ویژگی‌های دموگرافیک افراد، مانند سطح سواد، وضع تأهل و... نیز مطرح گردید تا اثر آن‌ها بر نمره‌ی KAP مورد سنجش قرار گیرد.

داده‌های مطالعه پس از جمع‌آوری و رفع نقص، وارد رایانه شد و به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، نمره‌ی هر فرد بر مبنای ۱۰۰ محاسبه شد و سپس رتبه‌بندی گردید. آزمون‌های آماری مورد استفاده جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل آزمون χ^2 و در صورت نیاز آزمون دقیق فیشر (جهت مقایسه‌ی بین داده‌های کیفی)، Student-t (جهت مقایسه‌ی بین داده‌های کمی و آزمون ANOVA (جهت مقایسه‌ی بین داده‌های کمی در بیش از دو گروه) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۳۲ نفر با میانگین سنی $41/5 \pm 7/9$ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. حداقل و حد اکثر سن این افراد ۲۶ و ۷۳ سال بود. همچنین ۱۲ نفر (۳/۶)

میانگین نمره‌ی آگاهی افراد تحت مطالعه $1/9 \pm 11/8$ بود. حداقل نمره‌ی کسب شده ۶ و حداکثر ۱۷ بود. با این حساب مراجعین به واحدهای بهداشتی درمانی دارای اطلاعات نامطلوبی در مورد عوامل خطرزای استروک بودند. طبق این نتایج ۶۸ نفر (۲۰/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه دارای اطلاعات مطلوب، ۱۸۶ نفر (۵۶ درصد) دارای اطلاعات متوسط و ۷۸ نفر (۲۳/۵ درصد) نیز دارای اطلاعات نامطلوبی در این زمینه بودند.

نمرات آگاهی افراد مورد مطالعه در سه رده‌ی مطلوب، متوسط و نامطلوب به تفکیک جنس، تحصیلات، شغل و گروه‌های سنی در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین نمره‌ی نگرش افراد مورد مطالعه $1/4 \pm 14$ بود. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده $10/2$ و $18/6$ بود (بر مبنای ۲۰). بدین ترتیب ۸ نفر (۲/۴ درصد) از افراد مورد مطالعه دارای نگرش مطلوب، ۱۴۸ نفر (۴۴/۶ درصد) دارای نگرش متوسط و ۱۷۶ نفر (۵۳ درصد) دارای نگرش نامطلوبی در مورد استروک بودند.

نتایج مربوط به نگرش افراد مورد مطالعه در مورد استروک در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین نمره‌ی نگرش مردان مورد مطالعه $1/3 \pm 14/2$ و میانگین نمره‌ی نگرش زنان $1/4 \pm 13/9$ بود و طبق آزمون Student-t نمره‌ی نگرش مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود ($P = 0/03$).

میانگین نمره‌ی افراد خانه‌دار و غیر خانه‌دار نیز به ترتیب $1/4 \pm 14$ و $1/3 \pm 13/9$ بود ($P = 0/69$).

میانگین نمره‌ی افراد دارای مدرک دیپلم و بالاتر $1/5 \pm 14/1$ و افراد زیر دیپلم $1/2 \pm 13/9$ بود.

درصد) از این افراد در سن زیر ۴۰ سالگی قرار داشته، ۱۲۶ نفر (۳۸ درصد) در سن ۴۰-۴۹ سال، ۱۵۱ نفر (۴۵/۵ درصد) در سن ۵۰-۵۹ سال و ۴۳ نفر (۱۳ درصد) نیز در سن بالاتر از ۵۰ سال قرار داشتند.

۱۴۴ نفر (۴۳/۴ درصد) از بیماران مورد مطالعه مرد و ۱۸۸ نفر آنان (۵۶/۶ درصد) زن بودند. میانگین سن مردان و زنان مورد مطالعه به ترتیب $42 \pm 8/5$ و $41/1 \pm 7/3$ سال بود و طبق آزمون Student-t اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = 0/33$).

از نظر شغل، ۳۵ نفر (۱۰/۵ درصد) کارگر و کشاورز، ۵۲ نفر (۱۵/۷ درصد) کارمند، ۵۷ نفر (۱۷/۲ درصد) دارای شغل آزاد، ۱۶۲ نفر (۴۸/۸ درصد) خانه‌دار، ۴ نفر (۱/۲ درصد) دانشجو و ۲۲ نفر (۶/۶ درصد) بازنشسته و بیکار بودند.

۳۰ نفر (۹ درصد) بی‌سواد، ۱۲۲ نفر (۳۶/۷ درصد) دارای سواد ابتدایی، ۸۷ نفر (۲۶/۲ درصد) دارای سواد راهنمایی، ۶۱ نفر (۱۸/۴ درصد) متوسطه و ۳۲ نفر (۹/۶ درصد) نیز دارای سواد دانشگاهی بودند.

۶ نفر از بیماران مورد مطالعه (۱/۸ درصد) دارای

سابقه‌ی قلبی استروک بودند. همچنین ۱۰ نفر (۳

درصد) از این بیماران دارای سابقه‌ی قلبی سکته‌ی

قلبی بودند. میانگین سن بیمارانی که سابقه‌ی استروک

داشته‌اند $11/5 \pm 56$ سال و میانگین سن افراد بدون

سابقه‌ی استروک $7/6 \pm 41/2$ سال بود و طبق آزمون

Student-t اختلاف سن این دو گروه معنی‌دار بود

($P < 0/001$). همچنین میانگین سن افرادی که دارای

سابقه‌ی سکته‌ی قلبی بودند $11/6 \pm 54/1$ سال و

میانگین سن افراد فاقد چنین سابقه‌ای $7/4 \pm 41/1$

سال بود ($P < 0/001$).

جدول ۱. توزیع فراوانی سه رده‌ی آگاهی مصاحبه‌شوندگان به تفکیک جنس، شغل، تحصیلات و گروه‌های سنی

مقدار P	نامطلوب		متوسط		مطلوب		متغیر / سطوح	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۷۱	۲۵	۳۶	۳۵/۵	۷۷	۲۱/۵	۳۱	مرد	جنس
	۲۲/۳	۴۲	۵۷/۴	۱۰۸	۲۰/۲	۳۸	زن	
۰/۶۷	۲۲/۸	۶۸	۵۶/۴	۱۶۸	۲۰/۸	۶۲	خانه‌دار	شغل
	۲۹/۴	۱۰	۵۰	۱۷	۲۰/۶	۷	غیر خانه‌دار	
۰/۲۳	۲۰/۶	۴۵	۵۷/۳	۱۲۵	۲۲	۴۸	زیر دیپلم	تحصیلات
	۲۸/۹	۳۳	۵۲/۶	۶۰	۱۸/۴	۲۱	دیپلم و بالاتر	
	۸/۳	۱	۴۱/۷	۵	۵۰	۶	زیر ۴۰	
۰/۱	۲۴/۶	۳۱	۵۴	۶۸	۲۱/۴	۲۷	۴۰ - ۴۹	گروه سنی
	۲۳/۸	۳۶	۵۵/۶	۸۴	۲۰/۵	۳۱	۵۰ - ۵۹	
	۲۳/۳	۱۰	۶۵/۱	۲۸	۱۱/۶	۵	۶۰ و بالاتر	

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ‌های مربوط به نگرش افراد مورد مطالعه در مورد استروک

متغیر	به طور کامل موافق		موافق		بی‌نظر		مخالف		به طور کامل مخالف	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
من هیچگاه سکنه نمی‌کنم	۴۸/۸	۱۶۲	۳۰/۷	۱۰۲	۱۶/۹	۵۶	۲/۴	۸	۱/۲	۴
فرد سکنه‌ای را نباید تکان داد	۵۹/۶	۱۹۸	۱۸/۷	۶۲	۴۰	۱۲	۶/۶	۲۲	۳	۱۰
سکنه کرده دیگر بهبود نمی‌یابد	۵۱/۸	۱۷۲	۴۳/۴	۱۴۴	۶	۱/۸	۰/۶	۲	۲/۴	۸
سکنه کرده در عرض چند هفته می‌میرد	۴/۲	۱۴	۲/۴	۸	۱۲	۳/۶	۵۰	۱۶۶	۳۹/۸	۱۳۲
در استروک به طور حتم نصف بدن فلج می‌شود	۶	۲۰	۴/۲	۱۴	۳۲	۹/۶	۴۲/۸	۱۴۲	۳۷/۳	۱۲۴
در استروک خون به قسمتی از مغز نمی‌رسد	۲۸/۹	۹۶	۷/۸	۲۶	۷۸	۲۳/۵	۹۸	۲۹/۵	۱۰/۲	۳۴
غذا و چاقی در سکنه تأثیری ندارد	۴۲/۲	۱۴۰	۳۸/۶	۱۲۸	۴۴	۱۳/۳	۱۶	۴/۸	۱/۲	۴
استروک به طور کامل یک بیماری ارثی است	۱۷/۵	۵۸	۸/۴	۲۸	۶۸	۲۰/۵	۱۳۸	۴۱/۶	۱۲	۴۰
استروک با دارو و فیزیوتراپی بهبود می‌یابد	۱۱/۴	۳۸	۵/۴	۱۸	۵۴	۱۶/۳	۱۵۶	۴۷	۱۹/۹	۶۶
در استروک قسمتی از مغز به طور از بین می‌رود	۹	۳۰	۲/۴	۸	۵۴	۱۶/۳	۱۸۴	۵۵/۴	۱۶/۹	۵۶

از کل افراد مورد مطالعه، ۱۶ نفر (۴/۸ درصد) دارای عملکرد مطلوب، ۵۰ نفر (۱۵/۱ درصد) دارای نمره‌ی عملکرد متوسط و ۲۶۶ نفر (۸۰/۱ درصد) دارای نمره‌ی عملکرد نامطلوب بودند.

طبق نتایج به دست آمده میانگین نمره‌ی دانش، نگرش و عملکرد (KAP) افراد جامعه در مورد عوامل خطرزای استروک $1/6 \pm 14/5$ بود. حداقل و حداکثر نمره‌ی کسب شده ۱۰ و ۱۹/۶ بود. طبق همین نتایج ۲۳ نفر (۶/۹ درصد) دارای نمره‌ی مطلوب، ۱۸۱ نفر (۵۴/۵ درصد) متوسط و ۱۲۸ نفر (۳۸/۶ درصد) نیز دارای نمره‌ی نامطلوبی در این زمینه بودند.

میانگین نمره‌ی KAP به تفکیک جنس، تحصیلات و شغل در جدول ۴ نشان داده شده است.

طبق نتایج به دست آمده میانگین نمره‌ی KAP در افراد دارای سابقه‌ی استروک و بدون این سابقه به ترتیب $1/6 \pm 14/5$ و $1/6 \pm 14/5$ بود ($P = 0/26$).

میانگین نمره‌ی KAP بر اساس وجود وعدم وجود عوامل خطرزای استروک در افراد مورد مطالعه، در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج مربوط به بررسی عملکرد افراد مورد مطالعه در خصوص عوامل خطرزای استروک در جدول ۳ نشان داده شده است. مطابق این جدول بهترین عملکرد افراد مورد مطالعه، در مورد مصرف دخانیات بود؛ به طوری که ۸۴/۹ درصد دخانیات مصرف نمی‌کردند. همچنین ۴۴/۶ درصد افراد وزن طبیعی داشتند. از ظرف دیگر کار در محیط پر استرس با ۶۷/۵ درصد بیشترین فراوانی را در بین عوامل خطرزا دارا بود.

میانگین نمره‌ی عملکرد افراد مورد مطالعه $2/3 \pm 12/2$ بود. حداقل و حداکثر نمره‌ی کسب شده نیز ۷ و ۱۹ بود. میانگین نمره‌ی عملکرد برای مردان $2/5 \pm 11/6$ و برای زنان $2 \pm 12/7$ بود ($P = 0/001$).

میانگین نمره‌ی عملکرد افراد خانه‌دار و غیر خانه‌دار نیز به ترتیب $2/3 \pm 12/2$ و $1/9 \pm 12/4$ بود ($P = 0/55$).

میانگین نمره‌ی عملکرد افراد زیر دیپلم $2/4 \pm 12/1$ و افراد دارای دیپلم و بالاتر $2 \pm 12/2$ بود ($P = 0/76$).

جدول ۳. فراوانی عوامل عملکردی مرتبط با استروک در افراد مورد مطالعه

متغیر	بلی		خیر انجام نمی‌دهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
استعمال سیگار	۵۰	۱۵/۱	۲۸۲	۸۴/۹
کنترل فشار خون	۴۷	۱۴/۲	۲۸۵	۸۵/۵
کنترل چربی خون	۱۶	۴/۸	۳۱۶	۹۵/۲
انجام ورزش	۹۶	۲۸/۹	۲۳۶	۷۱/۱
مصرف نمک زیاد	۵۰	۱۵/۱	۲۸۲	۸۴/۹
کار در محیط پر استرس	۲۲۴	۶۷/۵	۱۰۸	۳۲/۵
تحت نظر پزشک	۶۰	۱۸/۱	۲۷۲	۸۱/۹
مصرف میوه و سبزی دو بار در هفته	۶۴	۱۹/۳	۲۶۸	۸۰/۷
وجود عوامل زمینه‌ای	۴۶	۱۳/۹	۱۸۶	۸۶/۱
وزن طبیعی	۱۴۸	۴۴/۶	۱۸۴	۵۵/۴

جدول ۴. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی KAP به تفکیک جنس، شغل و تحصیلات

متغیر	سطوح	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
جنس	مرد	۱۴/۳	۱/۸	۰/۰۷
	زن	۱۴/۷	۱/۵	
شغل	خانه‌دار	۱۴/۵	۱/۶	۰/۸۶
	غیر خانه‌دار	۱۴/۶	۱/۵	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۴/۴	۱/۶	۰/۱۹
	دیپلم و بالاتر	۱۴/۶	۱/۶	

جدول ۵. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی KAP بر حسب عوامل خطرزای عملکرد در افراد مورد مطالعه

متغیر	سطوح	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
استعمال سیگار	بلی	۱۳/۷	۱/۷	< ۰/۰۰۱
	خیر	۱۴/۷	۱/۶	
کنترل فشار خون	بلی	۱۶	۱/۷	< ۰/۰۰۱
	خیر	۱۴/۳	۱/۶	
کلسترول بالا	بلی	۱۴/۹	۱/۶	۰/۳۲
	خیر	۱۴/۵	۱/۶	
انجام ورزش	بلی	۱۵	۱/۷	۰/۰۰۲
	خیر	۱۴/۳	۱/۵	
مصرف نمک	بلی	۱۳/۳	۱/۴	< ۰/۰۰۱
	خیر	۱۴/۷	۱/۶	
استرس	بلی	۱۴/۴	۱/۶	۰/۰۸
	خیر	۱۴/۷	۱/۷	
مراجعه به پزشک	بلی	۱۵/۱	۱/۶	< ۰/۰۰۱
	خیر	۱۴/۴	۱/۶	
مصرف میوه	بلی	۱۴/۷	۱/۶	۰/۰۱۹
	خیر	۱۴/۳	۱/۶	
وجود عامل خطرزا	بلی	۱۳/۵	۱/۶	< ۰/۰۰۱
	خیر	۱۴/۷	۱/۶	

بحث

بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث و سوانح در سر لوحه‌ی آن‌ها قرار دارد مواجه باشد (۵). هر چند که کشورهای توسعه‌یافته و صنعتی به خطرهای این نوع شیوه‌ی زندگی پی برده و با تغییر در تعدادی از آن‌ها همچون عادات تغذیه‌ای توانسته‌اند این بیماری‌ها را تا حد زیادی تحت کنترل خود درآورند ولی کشورهای عقب‌نگه داشته شده و در حال توسعه، همچنان با موج فزاینده‌ی این بیماری‌ها مواجه می‌باشند. از طرف دیگر امروزه کارشناسان بهداشتی به این نتیجه

در جهان امروز با توسعه‌ی صنعت، تغییرات عمده‌ای در شیوه زندگی مردم در سراسر جهان ایجاد شده است. تغییر ساعات کاری افراد، مواجهه با انواع استرس، از هم گسیختگی خانواده‌ها و عدم وجود تفریحات سالم، کم تحرکی، استفاده‌ی از غذاهای پرچرب و آماده (Fast food) و استفاده‌ی از دخانیات و مواد مخدر باعث گردیده است تا بشر امروز با موجی از بیماری‌های غیر واگیر که سرطاناتها،

رسیده‌اند که به دلیل وابستگی انسان به بسیاری از این عادات غلط زندگی، بالا بردن میزان آگاهی و دانش آنان در جهت ترک آن‌ها کارساز نبوده و بایستی به شیوه‌های دیگری دست یازید. به عنوان مثال، در جهان امروز کمتر کسی است که از مضرات سیگار و الکل بی‌اطلاع باشد، با این وجود، همچنان میلیون‌ها نفر در سراسر جهان به کشیدن سیگار و مصرف مشروبات الکلی ادامه می‌دهند (۵). از دیدگاه کارشناسان بهداشتی، آگاهی از یک مطلب بهداشتی زمانی کارساز خواهد بود که به رفتار درست بهداشتی تبدیل گردد که در بسیاری از مواقع چنین اتفاقی رخ نمی‌دهد. اطلاعات بهداشتی بایستی در ابتدا در فرد ایجاد شود و در ادامه منجر به ایجاد نگرش مثبت نسبت به آن موضوع گردد و در نهایت، این آگاهی و نگرش تبدیل به رفتار بهداشتی یا تغییر عملکرد فرد شود. مطالعه‌ی حاضر نیز بر اساس چنین فرآیندی طراحی و اجرا شد تا میزان آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در مورد بیماری استروک که یکی از بیماری‌های شایع امروز و زائیده‌ی شیوه‌ی غلط زندگی است را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد (۶).

طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه ۲۰/۵ درصد افراد مورد مطالعه در مورد عوامل خطرزای اطلاعات مطلوب داشته، ۵۶ درصد اطلاعات در حد متوسط و ۲۳/۵ درصد افراد نیز اطلاعات نامطلوبی در این زمینه داشتند. به عبارت دیگر حدود ۸۰ درصد افراد جامعه اطلاعات کاملی در مورد عوامل خطرزای سکته مغزی ندارند و می‌توان گفت بیماری استروک از جمله بیماری‌هایی است که فعالیت آموزشی چندانی بر روی آن صورت نگرفته و این یکی از وظایف بزرگ دست اندرکاران مسایل بهداشتی جامعه و

وسایل ارتباط جمعی است که در جهت بالا بردن دانش مردم در مورد این بیماری تلاش نمایند. طبق همین نتایج، ارتباط آماری معنی‌داری بین میان آگاهی و شغل، جنس، سن و میزان تحصیلات به دست نیامد که خود این مطلب نیز بیانگر پایین بودن آگاهی کل جامعه در مورد این بیماری است. هر چند که بالا بردن دانش افراد نمی‌تواند به طور کامل از بروز و شیوع این بیماری بکاهد (۷)، ولی پایه و اساس کنترل بیماری محسوب شده و بایستی برنامه‌ریزی جمعی در جهت ارتقای سطح دانش جامعه در مورد استروک انجام داد و با استفاده از وسایل ارتباط جمعی به ویژه رادیو و تلویزیون، چاپ انواع پوستر و پمفلت و تشکیل کلاس‌های آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی، آموزش چهره به چهره به مراجعین به واحدهای بهداشتی به این کار مبادرت ورزید. مطلب مهم دیگر این که، امروزه پزشکان و کارشناسان مسایل بهداشتی اعتقاد دارند بیماری‌های آترواسکلروز، تشکیل پلاک‌های چربی در عروق و تصلب شرائین از اوان کودکی شروع شده و پایه‌ریزی این بیماری‌ها از کودکی و نوجوانی آغاز می‌گردد. بنابراین بایستی آموزش در مورد استروک و بیماری‌های مشابه از دوران کودکی و نوجوانی یعنی از مدارس شروع گردد و در حقیقت اقدامات پیش‌گیرانه از زمانی آغاز گردد که اولین پایه‌های بیماری در بدن فرد در حال تشکیل شدن هستند (۸).

مطلب قابل ذکر دیگر این که به دلیل تغییر در شیوه‌ی زندگی که در ابتدای بحث به آن اشاره شد، سن بروز بیماری‌های قلبی عروقی و سکته‌های مغزی در حال پائین آمدن بوده و امروزه شاهد بروز استروک در افراد جوان هستیم و این زنگ خطری است برای

بهداشت جامعه که به خصوص باید در جوامع در حال توسعه در نظر گرفته شود (۹).

طبق نتایج این مطالعه تنها ۲/۴ درصد افراد مورد مطالعه دارای نگرش مطلوب در مورد استروک و ۵۳ درصد افراد جامعه دارای نگرش نامطلوب در مورد عوامل خطرزای استروک بودند. مطلب مهم این است که حدود نیمی (۴۸/۸ درصد) از افراد مورد مطالعه اعتقاد داشتند که هیچگاه مبتلا به استروک نمی‌گردند و این در حالی است که شیوع عوامل خطرزای استروک در جامعه‌ی ما بسیار بالاتر از این بوده و طبق شاخص‌های آماری، احتمال بروز این بیماری برای افراد واجد انواع عوامل خطرزا بسیار بالا می‌باشد (۱۰).

نتایج به دست آمده نشان داد ۸۰/۱ درصد افراد مورد بررسی دارای عملکرد نامطلوبی در مورد انواع عوامل خطرزای استروک بوده و تنها ۴/۸ درصد افراد دارای عملکرد مطلوب بوده‌اند. بدیهی است که دانش ناکافی و نگرش نامطلوب باعث می‌گردد که عملکرد افراد در این خصوص در حد بسیار پایینی باشد و برای کاهش بار بیماری استروک در آینده بایستی مسیری بسیار طولانی را طی نمایند و با توسل به انواع روش‌های آموزشی و عملکردی همچون ارتقای سطح دانش، کنترل عرضه و فروش دخانیات در جامعه، کنترل مصرف نمک، ایجاد محیط‌های ورزشی، حذف روغن جامد و غیره بتوانیم در کنترل این بیماری و بیماری‌های مشابه موفقیت به دست آوریم (۱۱).

در نهایت این که نتایج به دست آمده نشان داد که KAP در ۳۸/۶ درصد افراد مورد مطالعه نامطلوب، ۵۴/۵ درصد در حد متوسط و تنها ۶/۹ درصد افراد،

مطلوب بود. به عبارت دیگر طبق نتایج این مطالعه، آموزش در تمامی سطوح جامعه، تلاش در جهت ایجاد نگرش مناسب در مورد عوامل خطرزای استروک و کوشش در جهت تغییر عملکرد افراد جامعه مداخلات لازم برای کاهش بار بیماری استروک و کنترل آن در جامعه است (۱۲).

نتیجه‌گیری

دانش افراد جامعه در مورد عوامل خطرزای استروک در حد مطلوب نیست و بایستی در جهت ارتقای سطح آگاهی جامعه در مورد استروک تلاش نمود و این یک وظیفه‌ی مهم برای کارشناسان بهداشتی و تعامل بین آن‌ها و وسایل ارتباط جمعی است. میزان نگرش افراد جامعه در مورد عوامل خطر سکتته‌ی مغزی نامطلوب بوده و بایستی علاوه بر آموزش در جهت تقویت نقاط مثبت، ارائه‌ی نمونه‌های بیماری و تلاش‌های دسته جمعی نسبت به تغییر نگرش مردم در این زمینه اقدام نمود. میزان عملکرد افراد در مورد عوامل خطرزای استروک بسیار نامطلوب بود و بایستی کاری کرد که دانسته‌های افراد منجر به تغییر رفتار و ایجاد عملکرد مناسب در آن‌ها شود که قسمتی از این کار مانند کنترل تولید دخانیات و حذف روغن جامد، بالا بردن دانش، اعتقاد و عمل جامعه که در فرهنگ ایرانیان با اصطلاح، گفتار نیک، پندار نیک و کردار نیک از آن نام برده می‌شود، مستلزم تلاش بلند مدت مسئولین بهداشتی است تا منتج به نتیجه و کاهش بار بیماری استروک و سایر بیماری‌های مشابه گردد.

References

1. Jacobsen BK, Heuch I, Kvale G. Age at natural menopause and stroke mortality: cohort study with 3561 stroke deaths during 37-year follow-up. *Stroke* 2004; 35(7): 1548-51.
2. Murphy SJ, McCullough LD, Smith JM. Stroke in the female: role of biological sex and estrogen. *ILAR J* 2004; 45(2): 147-59.
3. Jacobsen BK, Nilssen S, Heuch I, Kvale G. Does age at natural menopause affect mortality from ischemic heart disease? *J Clin Epidemiol* 1997; 50(4): 475-9.
4. de Kleijn MJ, van der Schouw YT, Verbeek AL, Peeters PH, Banga JD, van der GY. Endogenous estrogen exposure and cardiovascular mortality risk in postmenopausal women. *Am J Epidemiol* 2002; 155(4): 339-45.
5. Paganini-Hill A. Hormone replacement therapy and stroke: risk, protection or no effect? *Maturitas* 2001; 38(3): 243-61.
6. Gibson CL, Gray LJ, Murphy SP, Bath PM. Estrogens and experimental ischemic stroke: a systematic review. *J Cereb Blood Flow Metab* 2006; 26(9): 1103-13.
7. Li C, Engstrom G, Hedblad B, Berglund G, Janzon L. Risk of stroke and hormone replacement therapy. A prospective cohort study. *Maturitas* 2006; 54(1): 11-8.
8. Henderson VW. Menopause and disorders of the central nervous system. *Minerva Ginecol* 2005; 57(6): 579-92.
9. Yang SH, Liu R, Perez EJ, Wang X, Simpkins JW. Estrogens as protectants of the neurovascular unit against ischemic stroke. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* 2005; 4(2): 169-77.
10. Cohen PG. Estradiol induced inhibition of 11beta-hydroxysteroid dehydrogenase 1: an explanation for the postmenopausal hormone replacement therapy effects. *Med Hypotheses* 2005; 64(5): 989-91.
11. Inoue N, Ichimura H, Goto S, Ushio Y. Cerebral thrombosis in a postmenopausal woman on HRT. *J Clin Neurosci* 2005; 12(1): 109-10.
12. Simpkins JW, Yang SH, Liu R, Perez E, Cai ZY, Covey DF, et al. Estrogen-like compounds for ischemic neuroprotection. *Stroke* 2004; 35(11 Suppl 1): 2648-51.

Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) about the Risk Factors of Stroke in Isfahan, Iran

Seyed Ali Mousavi MD¹, Ali Mehrabi Kooshki MSc², Behnaz Shojaei³,
Gilgity Karrar Hossein⁴

Abstract

Background: Stroke is the third cause of death worldwide after cancers and cardiovascular disease. Many disabilities occurred after stroke. In the United States in each second one person suffer a stroke. Unfortunately there are no accurate statistics of the incidence of stroke. In this study we examined the knowledge, attitude, and practices (KAP) about risk factors for stroke in people referred to health centers in Isfahan.

Methods: In this cross-sectional study 332 person who referred to health centers were evaluated. Sampling was done systematically and the data gathered by KAP questionnaire were analyzed using SPSS₁₅.

Findings: Totally 332 person (144 men and 188 women) were enrolled in this study. The mean age of men and women were 42 ± 8.5 and 41.1 ± 7.3 respectively. The mean score of KAP about risk factors for stroke is 14.5 ± 1.6 .

Conclusion: In this study knowledge, attitude and practice about stroke risk factors was not desirable. Therefore the health system should plan to promote awareness about stroke in the community.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Stroke.

* This paper derived from a medial doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Department of Epidemiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Seyed Ali Mousavi MD, Email: a_mousavi@med.mui.ac.ir