مقـــاله تحقیقی

روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه های سنجش آگاهی DKAS و نگرش DAS در کارکنان سلامت درباره بیماری آلزایمر

زهرا خواجه[1*]، سحرناز نجات[2]، کامران یزدانی[3]، ابراهیم عبداللّه پور[4]، محسن محمدی[5]

[1] کارشناس ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

[2] استاد اپیدمیولوژی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

[3] دانشیار اپیدمیولوژی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

[4] استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

[5] دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی دانشگاه شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

بخش اپیدمیولوژی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نشانی الکترونیک:
zahrakhajeh96@yahoo.com

چکیده

زمینه: جهت بررسی سطح آگاهی و نگرش افراد در مورد بیماری آلزایمر پرسشنامه های مختلفی در دنیا موجود است. پرسشنامه های DKAS (Dementia Knowledge Assessment Scale) و DAS (Dementia Attitude Scale) به ترتیب دو پرسشنامه ی شناخته شده در این حیطه می باشند. هدف از این مطالعه ترجمه و روانسنجی دو پرسشنامه DKAS و DAS متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی است.

روش کار: ابتدا پرسشنامه ها ترجمه شدند. روایی محتوای پرسشنامه ها توسط ۱۰ نفر از متخصصین سنجیده شد. جهت اندازه گیری روایی محتوا شاخص های درجه توافق کلی، مناسبت و شفافیت تک تک سوالات و کل ابزار و جامعیت محاسبه شد. برای محاسبه ی پایایی ابزار از آلفای کرونباخ و همبستگی داخل خوشه ای استفاده شد.

یافته‌ها: درجه توافق کلی برای مناسبت و شفافیت کلی ابزار به ترتیب ۹۴% و ۷۶% و مناسبت و شفافیت کلی ابزار به روش میانگین به ترتیب ۹۹/۲% و ۹۶% به دست آمد. جامعیت کلی ابزار نیز ۱۰۰% تعیین گردید. آلفای کرونباخ کلی ابزارآگاهی ۰/۷۱ و ابزار نگرش ۰/۷۶ به دست آمد. در ابزار آگاهی بیشترین مقدار ICC ۰/۹۷ و کمترین آن ۰/۸۱ و در ابزار نگرشICC در هر دو حیطه۰/۹۷ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که ابزار مورد استفاده جهت سنجیدن سطح آگاهی و نگرش ارایه دهندگان خدمات سلامت در مورد بیماری آلزایمر از روایی محتوا و پایایی مطلوبی برخوردار است.

واژگان کلیدی: آگاهی، آلزایمر، پایایی، روایی محتوا، نگرش

مقدمه

آلزایمر (Alzheimer's Disease) بیماری مزمنی است که باعث ایجاد ناتوانی در فعالیت های شناختی، تفکر، تغییر شخصیت و اختلال در فعالیت های روزمره می شود (۱). با توجه به ناتوانی ایجاد شده در این بیماری، افراد مبتلا برای انجام فعالیت های روزمره از جمله تهیه ی غذا، لباس پوشیدن، حمام کردن و انجام کارهای منزل نیازمند مراقبت طولانی مدت هستند (۲). بخش بیشتر مراقبت از این بیماران در منزل و توسط مراقبین خانگی انجام می شود. مراقبت طولانی مدت از بیماران اثرات منفی بر سلامت مراقبین می گذارد که باعث اضطراب، خستگی، اختلال در فعالیت های اجتماعی و شغلی شده، همچنین باعث می شود که افراد وقت کافی برای ارتباط با دوستان و آشنایان خود را نداشته باشند و از نظر روحی دچار مشکل شوند (۳). بنابراین شناخت و درک کافی مراقبین خانگی، در مورد بیماری آلزایمر برای داشتن مراقبت و ارتباط موثر با این بیماران و مدیریت این شرایط بسیار مهم است (۲). کارکنان سلامت نقش مهمی در راهنمایی و کمک به اطرافیان بیماران آلزایمری دارند (۴). داشتن اطلاعات کافی و نگرش مثبت پرسنل بهداشتی در مورد بیماری، منجر به راهنمایی موثر به مراقبین می شود و در نتیجه باعث کاهش استرس ها و تاثیرات منفی این بیماری برخود بیمار و مراقبین می شود (۵).

با توجه به اهمیت نقش بهورزان در سلامت جامعه که در خط مقدم و سطح اول نظام سلامت ارائه خدمت می کنند و در زمینه های مختلف از جمله واکسیناسیون، مادر و کودک، آموزش بهداشت، بهداشت محیط، درمان بیماری های شایع، تامین داروهای اساسی، کنترل بیماری های بومی و بهبود تغذیه به خوبی ایفای نقش کرده اند و از آنجاییکه پرسنل سلامت (بهورزان) نیاز به آمادگی در برابر مشکلات روز از جمله بیماری های غیرواگیر و مشکلات رفتاری دارند (۶)، بررسی سطح آگاهی و نگرش این گروه حائز اهمیت است. این طرح برای پرسنل غیر پزشک قابل تعمیم است. ابزار های مختلفی در دنیا جهت بررسی سطح آگاهی و سطح نگرش وجود دارد (۱۱-۷). از بین این ابزارها Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS) پرسشنامه ی جامع ای در مورد سنجش آگاهی افراد در مورد بیماری آلزایمر است. این پرسشنامه در مقایسه با نمونه های مشهور دیگر از روایی و پایایی بهتری برخوردار است (۱۲). همچنین پرسشنامه ی (Dementia Atti-tude Scale) ابزار روایی و پایایی برای سنجیدن نگرش افراد در مورد بیماری آلزایمر است (۱۳). پرسشنامه ی DKAS توسط Annear و همکاران در سال ۲۰۱۵ در استرالیا طراحی شده و پرسشنامه ای است که در زمینه ی سنجش سطح آگاهی افراد در مورد بیماری وجود دارد و برای سنجش آگاهی پرستاران، مراقبین خانگی، مراقبین حرفه ای و دانشجویان استفاده می‌شود (۸). پرسشنامه DAS توسط O'Connor و McFadden در سال ۲۰۱۰ در ایالت متحده امریکا برای سنجیدن نگرش افراد (دانشجویان پرستاری، پزشکی و مراقبین) درباره ی بیماران مبتلا به زوال عقل طراحی شده است (۹). در ایران مطالعه ای که به بررسی روان سنجی پرسشنامه DKAS و DAS پرداخته باشد یافت نشد. این دو پرسشنامه برای سنجش آگاهی و نگرش غیر پزشک هم مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳،۱۴). استفاده از این ابزارهای شناخته شده در جهان، امکان مقایسه ی یافته ها را با سایر نقاط جهان فراهم می کند. در نهایت هدف از انجام این مطالعه روان سنجی ابزار DKAS جهت اندازه گیری سطح آگاهی و ابزار DAS جهت اندازه گیری سطح نگرش کارکنان سلامت در مورد بیماری آلزایمر است.

روش کار

این مطالعه در سال ۹۸ بر روی بهورزان خانه های بهداشت گرگان و کردکوی انجام شد. برای بررسی روانسنجی پرسشنامه ها ۲۰ نمونه ی در دسترس از بهورزان انتخاب شدند. قبل از اجرای تحقیق کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی گلستان و تهران گرفته شد و اصل استقلال شرکت کنندگان در مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان رعایت شد.

مشخصات پرسشنامه ها

بخش آگاهی: پرسشنامه ای که در زمینه ی سنجش سطح آگاهی در مورد بیماری آلزایمر وجود دارد Dementia Knowl- (DKAS) edge Assessment Scale است. این پرسشنامه دارای ۴ حیطه ی علل و خصوصیات، ارتباط و رفتار، ملاحظات مراقبت، عوامل خطر و ارتقاء سلامت و ۲۵ سوال است. این پرسشنامه برای سنجش آگاهی پرستاران، مراقبین خانگی، مراقبین حرفه ای و دانشجویان استفاده می شود (۸). پرسشنامه ی دیگری که در این زمینه وجود دارد Alzheimer's disease knowledge scale (DKAS) می‌باشد. ADKS ۳۰ آیتم با گزینه پاسخ صحیح و غلط دارد. محتوای این ابزار در مورد عوامل خطر، تشخیص، علائم، دوره ی بیماری و تاثیر بر زندگی، درمان، مراقبت و مدیریت است (۷). برای تعیین پرسشنامه ی نهایی سوالات این دو پرسشنامه توسط متخصصین محتوا مورد بررسی قرار گرفت و از ترکیب این دو پرسشنامه، پرسشنامه ای مناسب به دست آمد. پرسشنامه ی نهایی برای سنجش آگاهی ترکیبی از دو پرسشنامه DKAS و ADKS است. پرسشنامه‌ی DKAS به عنوان پرسشنامه‌ی مبنا قرار گرفت و تمام سوالات آن مورد استفاده قرار گرفت و ۵ سوال از سوالات پرسشنامه ADKS انتخاب و به پرسشنامه‌ی مبنا اضافه

شد و در نهایت پرسشنامه دارای ۴ حیطه و ۳۰ سوال با پاسخ ۵ گزینه ای نادرست، احتمالا نادرست، احتمالا درست، درست و نمی دانم، می باشد. امتیاز ۲ به پاسخ درست برای جمله ی درست و پاسخ نادرست به جمله ی نادرست، امتیاز ۱ به پاسخ احتمالا درست برای جمله ی درست و پاسخ احتمالا نادرست برای جمله ی نادرست، امتیاز صفر به پاسخ درست یا احتمالا درست برای جمله ی نادرست، امتیاز صفر به پاسخ نادرست یا احتمالا نادرست برای جمله ی درست و امتیاز صفر به پاسخ نمی دانم است. حداقل و حداکثر امتیاز پرسشنامه DKAS از صفر تا ۶۰ است (۱۵،۱۶). بخش نگرش: پرسشنامه ی (DAS Dementia Attitude Scale) جهت سنجش نگرش استفاده شده است. این پرسشنامه شامل دو حیطه شناخت زوال عقل و راحتی اجتماعی با۲۰ سوال است (۱۳). پاسخ ها به صورت مقیاس لیکرتی(۱–کاملا مخالفم ۲–مخالفم ۳– نظری ندارم ۴–موافقم ۵–کاملا موافقم) است و قبل از آنالیز داده ها نمره ی آیتم های ۲، ۶، ۸، ۹، ۱۶و ۱۷ باید مقیاس معکوس شوند. هر چه نمره بیشتر باشد سطح نگرش بهتر است. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده از پرسشنامه ی DAS بین ۲۰–۱۰۰ است (۱۵،۱۷).

ترجمه و روایی محتوا

پس از مشورت با افراد خبره (اساتید) پرسشنامه های مناسب انتخاب شدند و توسط افراد خبره (مترجم خبره) به روش ترجمه باز ترجمه به زبان فارسی و انگلیسی برگردانده و بررسی شدند و پس از توافق در مورد ترجمه ی سوالات، پرسشنامه جهت تعیین روایی محتوا در اختیار متخصصین قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوا از ۱ نفر متدولوژیست، ۳ نفر متخصصین محتوا (۲ نفر از اساتید دانشگاه و ۱ نفر اطرافیان بیماران که دارای رشته تحصیلی روانشناسی بود) و ۶ نفر از شرکت کنندگان بالقوه در مطالعه (بهورزان) درخواست شد تا در مورد شفافیت و مناسبت و جامعیت سوالات نظر دهند. متخصصین شرکت کننده به شاخص های مذکور نمره دادند و در مورد سوالات نهایی تصمیم گیری شد. شاخص های درجه توافق کلی، مناسبت و شفافیت تک تک سوالات و کل ابزار و جامعیت ابزار محاسبه شد.

شاخص درجه توافق کلی
Inter Rater Agreement(IRA)

برای محاسبه ی شاخص درجه توافق کلی بین متخصصین که درجه توافق بین متخصصین در مورد مناسبت و شفافیت سوالات پرسشنامه را نشان می دهد (۱۸)، از رویکرد محافظه کارانه هم برای شفافیت و هم برای مناسبت سوالات استفاده شد. در رویکرد محافظه کارانه مجموع تعداد سوالاتی که تمام متخصصین برای مناسبت یا شفافیت سوالات از بین گزینه های کاملا مطلوب، مطلوب، تا حدودی مطلوب و نامطلوب، گزینه ی کاملا مطلوب و مطلوب انتخاب کردند، بر کل سوالات تقسیم شدند (۱۸).

مناسبت و شفافیت هر سوال
Item Content Validity Index (ICVI)

روایی محتوا یعنی سوالات انتخاب شده تا چه اندازه محتوای مورد نظر را پوشش می دهد (۱۸). مناسبت یعنی سوالات انتخاب شده تا چه میزان با محتوای مورد نظر ارتباط دارد. شفافیت یعنی سوالات انتخاب شده از نظر مفهومی و نگارشی تا چه حدی مناسب است (۱۸). شاخص مناسبت و شفافیت تک تک سوالات از تقسیم مجموع تعداد متخصصینی که مناسبت یا شفافیت هر سوال را مناسب یا کاملا مناسب تشخیص دادند بر تعداد کل متخصصین به دست آمد (۱۹).

برای محاسبه ی مناسبت و شفافیت کلی ابزار از روش میانگین استفاده شد که در آن مجموع شاخص های روایی (مناسبت یا شفافیت) هر سوال بر تعداد کل سوالات تقسیم شدند (۱۹).

جامعیت کلی ابزار
Comprehensiveness

جامعیت یعنی ابزار تا چه اندازه تمام حیطه های مرتبط با موضوع مورد بررسی را در بر می گیرد (۱۸). جامعیت ابزارهم از تقسیم تعداد متخصصینی که جامعیت ابزار را مطلوب تشخیص دادند بر کل متخصصین به دست آمد (۱۹).

پایایی

قابلیت اطمینان یا پایایی یعنی اینکه آیا ابزار اندازه گیری در شرایط مشابه نتایج یکسان نشان می دهد (۲۰).

پایایی در بعد انسجام درونی
(Internal Consistency)

برای برآورد انسجام درونی پرسشنامه از شاخص ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این شاخص هم برای کل ابزار و هم برای تک تک حیطه ها محاسبه شد. مقدار آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۷ مطلوب است (۲۱).

پایایی در بعد تکرارپذیری (Test-Retest)

برای برآورد پایایی در بعد تکرارپذیری از روش آزمون–آزمون مجدد از همبستگی داخل خوشه ای (ICC) استفاده شد. به این منظور پرسشنامه در دو نوبت به فاصله ی ۱۰ روز در اختیار ۲۰ نفر از بهورزان در دسترس قرار گرفت و از شاخص همبستگی

درون خوشه‌ای (ICC) برای محاسبه ی پایایی در بعد تکرار پذیری استفاده شد. شاخص ICC به تفکیک سوالات و حیطه ها محاسبه شد.کل آنالیز با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی بهورزان خانه های بهداشت گرگان و کردکوی انجام شده است. ۸۵% افراد دارای جنسیت زن هستند و ۷۵% آن ها بالای ۳۰ سال سن داشتند و ۷۰% بهورزان دارای سابقه ی کار بالای ۱۵ سال در سیستم بهداشتی بودند (جدول۱).

جدول شماره ۱ مشخصات شرکت کنندگان در مطالعه (n=۲۰)

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۳	٪۱۵
زن	۱۷	٪۸۵
گروه های سنی		
زیر ۳۰ سال	۵	٪۲۵
بالای ۳۰ سال	۱۵	٪۷۵
آخرین مدرک تحصیلی		
دیپلم / زیر دیپلم	۱۸	٪۹۰
لیسانس	۲	٪۱۰
قومیت		
فارس	۱۹	٪۹۵
سیستانی	۱	٪۵
وضعیت تاهل		
مجرد	۵	٪۲۵
متاهل	۱۴	٪۷۰
مطلقه یا بیوه	۱	٪۵
سابقه ی کار در سیستم بهداشتی		
زیر ۱۵ سال	۶	٪۳۰
بالای ۱۵ سال	۱۴	٪۷۰

روایی محتوا و پایایی

شاخص درجه توافق کلی

تغییرات جزیی در نگارش بعضی از سوالات از جمله سوالات ۱۶، ۲۵، ۲۶، ۲۷ در بخش آگاهی و سوالات ۱، ۱۸، ۲۰ در بخش نگرش، انجام گرفت. ۳۰ سوال در بخش آگاهی و ۲۰ سوال در بخش نگرش بود. پس از دریافت نظرات متخصصین در مورد شفافیت و مناسبت سوالات، شاخص Inter Rater Agreement (IRA) با استفاده از رویکرد محافظه کارانه به دست آمد.

IRA for relevancy = 47 / 50 = 94%

IRA for clarity = 38 / 50 = 76%

متخصصین در مورد شفافیت و مناسبت کلیه ی سوالات آگاهی و نگرش نظر دادند. مناسبت کلی ۹۹/۲% و شفافیت کلی ۹۶/۰۰% (رویکرد میانگین) محاسبه شد و همچنین جامعیت کلی ابزار ۱۰۰% تعیین شد. برای محاسبه ی پایایی در بعد تکرار پذیری از شاخص ICC استفاده شد. شفافیت و مناسبت و ICC تک تک سوالات در جدول شماره ۲ و مقدار ICC به تفکیک حیطه ها در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. سوالات آگاهی ۴ حیطه با ۳۰ سوال دارد. در حیطه ی علل و خصوصیات۱۰ سوال (۳۰، ۲۹، ۲۰، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱)، حیطه ی ارتباط و رفتار ۶ سوال (۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴) حیطه ی ملاحظات مراقبتی ۸ سوال (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸) و حیطه ی عوامل خطر و ارتقاء سلامت ۶ سوال (۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳). سوالات نگرش دو حیطه و ۲۰ سوال دارد. حیطه ی شناخت زوال عقل ۱۰ سوال (۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۱۲-۱۱-۱۰-۷-۳) و حیطه ی راحتی اجتماعی ۱۰ سوال (۱۷-۱۶-۱۳-۹-۸-۶-۵-۴-۲-۱) (جدول۲و۳). برای محاسبه ی پایایی در بعد انسجام درونی از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ کلی آگاهی ۰/۷۱ و در بخش نگرش ۰/۷۶ به دست آمد. مقدار آلفای کرونباخ به تفکیک حیطه های پرسشنامه ها در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲ مناسبت و شفافیت و ICC تک تک سوالات آگاهی و نگرش بهورزان در مورد بیماری آلزایمر

سوالات بخش آگاهی	شفافیت	مناسبت	ICC (CI)
۱. آلزایمر یک بخش طبیعی از فرآیند پیری است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۹۰ (۰/۷۵-۰/۹۶)
۲. بیماری آلزایمر شایع ترین شکل زوال عقل است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۹ (۰/۷۴-۰/۹۶)
۳. افراد می توانند از شایع ترین اشکال زوال عقل بهبودی یابند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۳ (۰/۵۸-۰/۹۳)

ادامه جدول شماره ۲:

٤. آلزایمر ناشی از تغییرات فیزیکی در مغز نیست.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۹۵ (۰/۸۹-۰/۹۸)
۵. به طور کلی پس از تشخیص آلزایمر، برنامه ریزی برای مراقبت های پایان زندگی بیمار ضروری نیست.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۹۸ (۰/۹۵-۰/۹۹)
٦. زوال عقل عروقی شایع ترین شکل زوال عقل است.	٪۸۰	٪۱۰۰	۰/۷۰ (۰/۶۵-۰/۸۹)
۷. معمولا بیشتر انواع زوال عقل طول عمر افراد را کوتاه نمی کنند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۶ (۰/۶۵-۰/۹۴)
۸. داشتن فشارخون بالا باعث افزایش خطر ابتلا به آلزایمر می شود.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۹ (۰/۷۴-۰/۹۶)
۹. اتخاذ سبک زندگی سالم، خطر ابتلا به شایع ترین انواع زوال عقل را کاهش نمی دهد.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۷ (۰/۴۳-۰/۹۰)
۱۰. علائم افسردگی ممکن است با علائم آلزایمر اشتباه گرفته شوند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۷ (۰/۴۲-۰/۹۱)
۱۱. به طور کلی، ورزش برای افراد مبتلا به آلزایمر مفید است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۴ (۰/۳۴-۰/۸۹)
۱۲ . معمولا تشخیص زودهنگام آلزایمر باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به این بیماری نمی شود.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۷ (۰/۴۲-۰/۹۱)
۱۳. یکی از مشخصه های انواع شایع زوال عقل، شروع ناگهانی مشکلات شناختی است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۹ (۰/۴۲-۰/۹۱)
١٤. ارتباط برقرار کردن با کسی که دچار آلزایمر پیشرفته شده است غیرممکن است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۴ (۰/۶۱-۰/۹۴)
۱۵. فردی که دچار آلزایمر پیشرفته است، به طور کلی به تغییراتی که در محیط فیزیکی اش رخ می دهد پاسخ نمی دهد.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۵ (۰/۳۶-۰/۹۰)
١٦. مهم است که اشتباهات فرد مبتلا به آلزایمر را در زمان سردرگمی اصلاح نمود.	٪۸۰	٪۹۰	۰/۸۳ (۰/۵۷-۰/۹۳)
۱۷. افراد مبتلا به آلزایمر پیشرفته اغلب از طریق ایما و اشاره (زبان بدن) ارتباط برقرار می کنند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۷۹ (۰/۴۹-۰/۹۲)
۱۸. بیماران مبتلا به آلزایمر معمولا در پاسخ به نیازهای برآورده نشده ی خود ، رفتار غیر معمول نشان می دهند.	٪۹۰	٪۱۰۰	۰/۸۸ (۰/۷۱-۰/۹۵)
۱۹. داروها موثرترین روش درمان علایم رفتاری آلزایمر هستند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۱ (۰/۵۳-۰/۹۲)
۲۰. افراد مبتلا به آلزایمر معمولا در تصمیم گیری مشکلی ندارند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۸ (۰/۷۰-۰/۹۵)
۲۱. به طور کلی حرکت کردن و راه رفتن در مراحل پیشرفته تر آلزایمر دچار مشکل می شود.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۹۶ (۰/۹۰-۰/۹۸)
۲۲. افراد مبتلا به آلزایمر پیشرفته ممکن است در صحبت کردن دچار مشکل شوند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۹۱ (۰/۷۷-۰/۹۶)

ادامه جدول شماره ۲:

۲۳. افراد مبتلا به آلزایمر اغلب در یادگیری مهارت های جدید دچار مشکل می شوند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۹۶ (۰/۹۰-۰/۹۸)
۲٤. به طور کلی خوردن و آشامیدن در مراحل پیشرفته تر آلزایمر دچار مشکل میشود.	٪۹۰	٪۱۰۰	۰/۸۸ (۰/۷۰-۰/۹۵)
۲۵. مراقبت روزانه از یک فرد مبتلا به آلزایمر پیشرفته زمانی موثر است که تمرکز آن بر تامین آسایش وی باشد.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۰/۸۴ (۰/۶۰-۰/۹۳)
۲٦. در افراد مبتلا به آلزایمر به محض شروع مشکلات مربوط به مراقبت از خود ، بهتر است مراقبین بلافاصله وارد عمل شوند.	٪۹۰	٪۱۰۰	۰/۹۹ (۰/۹۱-۱)
۲۷. اگر فرد مبتلا به آلزایمر هنگام شب هوشیار و بی قرار می شود، یک راه حل مناسب می تواند انجام دادن فعالیت جسمانی زیاد در طول روز باشد.	٪۹۰	٪۹۰	(۰/۵٦-۰/۹۳) ۰/۸۲
۲۸. زمانی که افراد مبتلا به آلزایمر یک سوال یا داستان را چندین بار تکرار می کنند تذکر این نکته که در حال تکرار حرف های خود هستند کمک کننده خواهد بود.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۳۳-۰/۸۹) ۰/۷۳
۲۹. یکی از علایم بیماری آلزایمر این است که فرد مبتلا فکر می کند دیگران وسایل او را می دزدند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۹۲-۱) ۰/۹۹
۳۰. بیشتر افراد مبتلا به آلزایمر وقایع اخیر را بهتر از آن چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده به یاد می آورند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۸۰-۰/۹۷) ۰/۹۲
سوالات بخش نگرش	**شفافیت**	**مناسبت**	**ICC(CI)**
۱. کار کردن با افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند باعث خشنودی و ثواب است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۷۹-۰/۹٦) ۰/۹۱
۲. از افرادی که بیماری آلزایمر دارند می ترسم.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۸۰-۰/۹۷) ۰/۹۲
۳. افراد ی که مبتلا به بیماری آلزایمر هستند، می توانند خلاق باشند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۷۳-۰/۹٦) ۰/۸۹
٤. من در حضور افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند احساس اطمینان دارم.	٪۸۰	٪۱۰۰	(۰/۸۳-۰/۹۷) ۰/۹۳
۵. من با دست زدن به افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند مشکلی ندارم.	٪۹۰	٪۱۰۰	(۰/۸٦-۰/۹۷) ۰/۹٤
٦. من در حضور افرادی که دچار بیماری آلزایمر هستند احساس ناراحتی می کنم.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۷۷-۰/۹٦) ۰/۹۱
۷. بیماران مبتلا به آلزایمر نیازهای متفاوتی دارند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۵۱-۰/۹۲) ۰/۸۰
۸. من خیلی با بیماری آلزایمر آشنایی ندارم.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۹٤-۰/۹۹) ۰/۹۷
۹. من از بیمار مبتلا به آلزایمری که بی قرار باشد دوری می کنم.	٪۹۰	٪۱۰۰	(۰/۷٤-۰/۹٦) ۰/۹۰
۱۰. افراد مبتلا به بیماری آلزایمر دوست دارند چیزهای آشنا نزدیکشان باشند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/٦۵-۰/۹٤) ۰/۸٦

ادامه جدول شماره ۲:

۱۱. آگاهی از تاریخچه ی شخصی افراد مبتلا به آلزایمر اهمیت دارد.	٪۹۰	٪۱۰۰	(۰/۳۹-۰/۹۰)	۰/۷۶
۱۲. می توان از تعامل با افراد مبتلا به آلزایمر لذت برد.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۷۶-۰/۹۶)	۰/۹۰
۱۳. من در حضور افراد مبتلا به بیماری آلزایمر احساس آرامش می کنم.	٪۹۰	٪۱۰۰	(۰/۸۶-۰/۹۷)	۰/۹۴
۱۴. افراد مبتلا به بیماری آلزایمر می توانند از زندگی لذت ببرند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۸۶-۰/۹۷)	۰/۹۴
۱۵. افراد مبتلا به بیماری آلزایمر می توانند مهربانی دیگران نسبت به خود را درک کنند.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۸۹-۰/۹۸)	۰/۹۵
۱۶. من احساس سرخوردگی می کنم، زیرا نمی دانم چگونه به افراد مبتلا به بیماری آلزایمر کمک کنم.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۹۱۰-۰/۹۸)	۰/۹۶
۱۷. مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر برای من غیرقابل تصور است.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۷۰-۰/۹۵)	۰/۸۸
۱۸. من توانایی های افراد مبتلا به آلزایمر را برای مقابله با شرایط بیماری شان تحسین می کنم.	٪۷۰	٪۹۰	(۰/۸۷-۰/۹۸)	۰/۹۴
۱۹. در حال حاضر می توانیم برای بهبود زندگی افراد مبتلا به بیماری آلزایمر اقدامات زیادی انجام دهیم.	٪۱۰۰	٪۱۰۰	(۰/۸۶-۰/۹۷)	۰/۹۴
۲۰. در افراد مبتلا به بیماری آلزایمر، ممکن است رفتارهای آزاردهنده روشی برای برقراری ارتباط باشد.	٪۷۰	٪۹۰	(۰/۴۲-۰/۹۱۰)	۰/۷۷

جدول ۳ شاخص ICC به تفکیک هر حیطه و بازه ی ICC سوالات آگاهی و نگرش در هر حیطه

حیطه	تعداد سوالات	(بازه ی ICC)
۱. علل و خصوصیات	۱۰ ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۲۰-۲۹-۳۰	۰/۹۷ (۰/۶۵-۰/۹۹)
۲. ارتباط و رفتار	۶ ۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹	۰/۸۲ (۰/۷۵-۰/۸۸)
۳. ملاحظات مراقبتی	۸ ۲۸-۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱	۰/۹۳(۰/۷۳-۰/۹۹)
۴. عوامل خطر و ارتقاء سلامت	۶ ۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸	۰/۸۱(۰/۷۴-۰/۸۹)
حیطه	**تعداد سوالات**	**(بازه ی ICC)**
۱. شناخت زوال عقل	۱۰ ۳-۷-۱۰-۱۱-۱۲-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰	۰/۹۷(۰/۷۶-۰/۹۸)
۲. راحتی اجتماعی	۱۰ ۱-۲-۴-۵-۶-۸-۹-۱۳-۱۶-۱۷	۰/۹۷(۰/۸۸-۰/۹۹)

جدول شماره ۴ آلفای کرونباخ به تفکیک حیطه ها ی پرسشنامه ی آگاهی و نگرش

حیطه ها	تعداد سوالات	مقدار الفای کرونباخ
علل و خصوصیات	۱۰	۰/۷۴
ارتباط و رفتار	٦	۰/۷۵
ملاحظات مراقبت	۸	۰/۷٦
عوامل خطر و ارتقاء سلامت	٦	۰/۷۵
شناخت زوال عقل	۱۰	۰/۸۰
راحتی اجتماعی	۱۰	۰/۷۱

بحث

هدف از انجام این مطالعه روانسنجی پرسشنامه ای مناسب جهت بررسی سطح آگاهی و نگرش مراقبین سلامت (بهورزان) برای راهنمایی موثر بیماران و اطرافیان آن ها در مورد بیماری آلزایمر است. برای ارزیابی سطح آگاهی و نگرش در مورد بیماری آلزایمر ابزارهای مختلفی در دسترس است. دو پرسشنامه DKAS و DAS پرسشنامه های استانداردی هستند که در کشورهای مختلف جهت سنجیدن آگاهی و نگرش بیماری آلزایمر مورد استفاده قرار گرفتند. پرسشنامه DKAS (Demantia Knowledge Assessmemt Scale)، ۴۰ حیطه و ۲۵ سوال دارد. ۸ سوال در حیطه ی علل و خصوصیات، ۶ سوال در حیطه ی ارتباط و رفتار، ۵ سوال در حیطه ی ملاحظات مراقبت، ۶ سوال در حیطه ی عوامل خطر و ارتقاء سلامت است (۱۴). پرسشنامه ADKS (Alzheimer's disease knowledge scale) ۳۰ آیتم با فرمت پاسخ صحیح و غلط دارد. محتوای این ابزار در مورد عوامل خطر، تشخیص، علائم، دوره ی بیماری و تاثیر بر زندگی و درمان و مراقبت و مدیریت است (۷). در این مطالعه به علت اینکه گروه هدف ما پرسنل سلامت (غیر پزشک) هستند و از آنجاییکه شناخت دقیق تظاهرات بیماری و نحوه ی مراقبت از بیماران مهم است تصمیم گرفته شد در بخش آگاهی در حیطه ی مراقبت و در حیطه ی علل و خصوصیات بیماری ۵ سوال از پرسشنامه ی (ADKS) به پرسشنامه ی (DKAS) اضافه شود. سوالات: ۲۶) هنگامی که افراد مبتلا به آلزایمر در مراقبت از خود دچار مشکل می شوند مراقبت کنندگان بایستی فورا مراقبت از فرد مبتلا را به عهده بگیرند، ۲۷) اگر فرد مبتلا به آلزایمر در طول شب بیدار و آشفته می شود، راه حل مناسب این است که فعالیت جسمی زیادی در طول روز برای او برنامه ریزی شود، ۲۸) زمانی که افراد مبتلا به آلزایمر یک سوال یا داستان را چندین بار تکرار می کنند تذکر این نکته که در حال تکرار حرف های خود هستند مفید خواهد بود، به حیطه ی مراقبت و سوالات ۲۹) یکی از علائم بیماری آلزایمر این است که فرد مبتلا فکر می کند دیگران وسایل او را می دزدند و ۳۰) بیشتر افراد مبتلا به آلزایمر اتفاقات اخیر را بهتر از آنچه که در گذشته اتفاق افتاده به یاد می آورند از پرسشنامه ADKS انتخاب و به ترتیب به سوالات پرسشنامه ی DKAS در حیطه های مراقبت و علل و خصوصیات اضافه شدند. در نهایت ابزار سنجش آگاهی دارای ۳۰ سوال که ترکیبی از دو پرسشنامه ی ADKS و DKAS است و تمام ۲۵ آیتم پرسشنامه ی DKAS حفظ شد و به عنوان پرسشنامه مبنا در نظر گرفته شد و پنج سوال از بین سوالات پرسشنامه ی ADKS انتخاب و به ۲۵ سوال قبلی اضافه شد. پرسشنامه Dementia Attitude Scale (DAS) هم بدون حذف یا اضافه کردن سوالی مورد استفاده قرار گرفت (۱۳). برای قابل استفاده بودن این پرسشنامه ها، ترجمه و روان سنجی ابزارها امری ضروری است. بدین منظور به وسیله ی محاسبه ی شاخص های کمی از جمله (تعیین درجه ی توافق بین متخصصین، تعیین مناسبت و شفافیت تک تک سوالات و مناسبت و شفافیت و جامعیت کلی ابزار) و (ضریب همبستگی درون خوشه ای و نیز ثبات درونی با شاخص آلفای کرونباخ) روایی محتوا و پایایی پرسشنامه ها بررسی شد (۱۸،۱۹) . شاخص IRA برای مناسبت ۹۴ % و برای شفافیت ۷۶ % به دست آمد. مناسبت کلی ۹۹/۲% و شفافیت کلی ۹۶/۰۰% (رویکرد میانگین) محاسبه شد. در نهایت جامعیت کلی ابزار ۱۰۰% تعیین شد. در ابزار آگاهی مقدار آلفای کرونباخ برای حیطه ی علل و خصوصیات۰/۷۴، حیطه ی ارتباط و رفتار ۰/۷۵، حیطه ی ملاحظات مراقبتی ۰/۷۶ و حیطه ی عوامل خطر و ارتقاء سلامت ۰/۷۵ به دست آمد. در ابزار نگرش مقدار آلفای کرونباخ حیطه ی شناخت دمانس ۰/۸۰ و حیطه ی راحتی اجتماعی ۰/۷۱ به دست آمد. مقدار کلی آلفای کرونباخ برای حیطه های ابزار آگاهی ۰/۷۱ و برای حیطه های ابزار نگرش ۰/۷۶ به دست آمد. ICC حیطه ی علل و خصوصیات ۰/۹۷ (۰/۹۹ – ۰/۶۵)، ICC حیطه ی ارتباط و رفتار ۰/۸۲ (۰/۸۸–۰/۷۵)، ICC حیطه ملاحظات مراقبتی ۰/۹۳ (۰/۹۹–۰/۷۳)، ICC حیطه عوامل خطر و ارتقاء سلامت ۰/۸۱ (۰/۸۹–۰/۷۴) در ابزار آگاهی و ICC حیطه ی شناخت زوال عقل۰/۹۷ (۰/۹۵–۰/۷۶)، ICC حیطه راحتی اجتماعی ۰/۹۷ (۰/۹۷–۰/۸۸) در ابزار نگرش به دست آمد. نسخه ی اصلی پرسشنامه ی DKAS در سال ۲۰۱۵ در استرالیا طراحی شد که دارای ۲۷ آیتم بود. مطالعه روی ۱۷۶۷ نمونه ی داوطلب انجام شد (شرکت کنندگان آنلاین ۱۶۵۱ نفر، دانشجویان پزشکی در مرکز مراقبت از سالمندان ۴۰ نفر و کارکنان سلامت ۷۶ نفر). در واقع از ۴۰ سوال به ۲۷ سوال کاهش یافت (۱۴). نسخه ی ۲۷ آیتمی پرسشنامه ی DKAS دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و در بعد انسجام درونی تفاوت معناداری بین نمره افراد در زمان اول و دوم وجود نداشت. میانگین نمره ی پرسشنامه ی DKAS در زمان

اول برابر ۳۳/۰ و در زمان دوم برابر با۳۳/۸ بود (۱۴). مطالعه ی دیگری در سال ۲۰۱۷ روی ۳۶۴۹ نمونه ی داوطلب به صورت آنلاین انجام شد. در این مطالعه دو سوال حذف شد و نسخه ی ۲۵ آیتمی دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود (۲۲). نسخه ی اصلی پرسشنامه ی (DAS Dementia Attitude Scale) در سال ۲۰۱۰ در ایالات متحده آمریکا جهت سنجش سطح نگرش افراد در مورد بیماری زوال عقل طراحی شده است. این مطالعه روی دو نمونه ی متفاوت دانشجویان (۳۰۲ نفر) و پرستاران (۱۴۵ نفر) انجام شد. در ابتدا این پرسشنامه ۴۶ سوال داشت که به ۲۰ سوال کاهش یافت. این پرسشنامه ی ۲۰ سوالی دارای دو حیطه ی دانش دمانس و راحتی اجتماعی است. بازه ی آلفای کرونباخ ۰/۸۵ -۰/۸۳ به دست آمد که نشان دهنده ی پایایی خوب است (۱۳).

نتیجه گیری

مطالعه ی حاضر نشان داد که نسخه ی فارسی ابزار DKAS (De-mentia Knowledge Assessment Scale) و DAS(Dementia Attitude Scale) از روایی محتوا و پایایی مطلوب برخوردار است و ابزارهای مناسبی جهت بررسی سطح آگاهی و نگرش کارکنان سلامت (غیر پزشک) و مراقبین بیماران در منزل و مراقبین حرفه ای در سرای سالمندان در مورد بیماری آلزایمر هستند.

منابع

1. Jafri F, Chewing S, Jaded H. Problems of close caregivers of Alzheimer's patients and its relationship with caregivers' mental health.

2. Richardson TJ, Lee SJ, Berg-Weger M, Grossberg GT. Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. Curr Psychiatry Rep 2013;15(7):367.

3. Lolaty HA, Ramezani A, Bastani F, Haghani H. Family caregivers burden and its related factors among iranian elderly psychiatric patients' caregivers. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018;12(2): e9311..

4. Grant LA, Kane RA, Potthoff SJ, Ryden M. Staff training and turnover in Alzheimer special care units: comparisons with non-special care units. Geriatr Nurs 1996;17(6):278-82.

5. Kajiyama B, Thompson LW, Eto-Iwase T, Yamashita M, Di Mario J, Marian Tzuang Y, et al. Exploring the effectiveness of an internet-based program for reducing caregiver distress using the iCare Stress Management e-Training Program. Aging Ment Health 2013;17(5):544-54.

6. Malekafzali H. Primary health case in Islamic Republic of Iran. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2014;12(2):1-10.

7. Spector A, Orrell M, Schepers A, Shanahan N. A systematic review of 'knowledge of dementia' outcome measures. Ageing Res Rev 2012;11(1):67-77.

8. Annear MJ, Toye CM, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliott KE, Tranter BK, et al. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. J Am Geriatr Soc 2015;63(11):2375-81.

9. O'Connor ML, McFadden SH. Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. International Journal of Alzheimer's disease 2010;2010.

10. Norbergh KG, Helin Y, Dahl A, Hellzén O, Asplund K. Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. Nurs Ethics 2006;13(3):264-74.

11. Leung JL, Sezto NW, Chan WC, Cheng SP, Tang SH, Lam LC. Attitudes and perceived competence of residential care homes staff about dementia care. Asian Journal of Gerontology and Geriatrics 2013.

12. Annear MJ, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliott KE, Toye CM, Tranter BK, et al. A New Standard in Dementia Knowledge Measurement: Comparative Validation of the Dementia Knowledge Assessment Scale and the Alzheimer's Disease Knowledge Scale. J Am Geriatr Soc 2016;64(6):1329-34.

13. O'Connor ML, McFadden SH. Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. International Journal of Alzheimer's disease 2010;2010.

14. Annear MJ, Toye CM, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliott KE, Tranter BK, et al. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. J Am Geriatr Soc 2015;63(11):2375-81.

15. Poreddi V, Carpenter BD, Gandhi S, Chandra R, Gandhi-Suresh BadaMath S. Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: An Indian perspective. Invest Educ Enferm 2015;33(3):519-528.

16. Annear MJ. Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. J Appl Gerontol 2020;39(1):62-73.

17. Scerri A, Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia - a questionnaire survey. Nurse Educ Today 2013;33(9):962-8.

18. Abdollahpour I, Nejat S, Nowruzian M, Majdzadeh R. Implementation of content validity process in designing questionnaires.

19. Khalili F, Nejat S, Baigi W A, Yadegarfar Q, Yazdani K, Kazem M. Psychometrics of the Persian version of the World Health Organization Health Status Questionnaire.

20. Del Greco L, Walop W, McCarthy RH. Questionnaire development: 2. Validity and reliability. CMAJ 1987;136(7):699-700.

21. Taherdoost H. Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a questionnaire/survey in a research. How to test the validation of a questionnaire/survey in a research (August 10, 2016). 2016.

22. Annear MJ, Toye C, Elliott KJ, McInerney F, Eccleston C, Robinson A. Dementia knowledge assessment scale (DKAS): confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. BMC Geriatr 2017 31;17(1):168.