
تأثیر بیماری آلزایمر بر عملکرد شغلی و روابط اجتماعی افراد شاغل شهرستان قروه

سینا وکیلی^۱

۱- معلم، آموزش و پرورش شهرستان قروه

چکیده

بیماری آلزایمر یکی از شایع ترین اختلالات نورودژنراتیو است که با کاهش حافظه، اختلالات شناختی، اختلالات اجرایی و تغییرات رفتاری همراه است. این بیماری نه تنها عملکرد فردی و کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه تأثیر قابل توجهی بر عملکرد شغلی و روابط اجتماعی آنان دارد. مقاله حاضر با مرور نظام مند منابع علمی و تحلیل داده های موجود از سالمندی و بیماری های مرتبط در استان کردستان، به بررسی اثرات آلزایمر بر افراد شاغل و زندگی اجتماعی در شهرستان قروه می پردازد. یافته ها نشان می دهد که در مراحل اولیه، آلزایمر موجب کاهش تمرکز، افت حافظه کاری و افزایش خطاهای شغلی می شود و در مراحل پیشرفته به ازکارافتادگی زودهنگام منجر می گردد. همچنین این بیماری باعث انزوای اجتماعی، کاهش مشارکت در روابط خانوادگی و کاری و وابستگی بیشتر به اطرافیان می شود. با توجه به ساختار جمعیتی شهرستان قروه و محدودیت خدمات توان بخشی تخصصی، پیامدهای آلزایمر بر زندگی شغلی و اجتماعی این افراد برجسته تر است. شناخت این اثرات ضرورت طراحی و اجرای مداخلات هدفمند شامل آموزش های شناختی، سازگارسازی محیط کاری و حمایت های اجتماعی را برای بهبود کیفیت زندگی بیماران نشان می دهد.

واژگان کلیدی: آلزایمر، عملکرد شغلی، روابط اجتماعی، سالمندی، شهرستان قروه

مقدمه

بیماری آلزایمر یک اختلال نورودژنراتیو پیش رونده است که با اختلالات حافظه، اختلال در تمرکز، کاهش توانایی حل مسئله و تغییرات رفتاری همراه است. (Alzheimer's Association, ۲۰۲۲) این بیماری می تواند افراد شاغل را در انجام وظایف روزمره و تصمیم گیری های شغلی دچار مشکل کند. در دنیای کاری، عملکرد شغلی شامل توانایی های شناختی، حافظه کاری، مهارت های اجرایی و تعاملات اجتماعی است که همه آن ها تحت تأثیر آلزایمر قرار می گیرند.

بیماری آلزایمر اختلال نورودژنراتیو پیش رونده است که با اختلالات حافظه، کاهش توانایی های اجرایی، اختلال در شناخت اجتماعی و تغییرات شخصیتی همراه است. (Alzheimer's Association, ۲۰۲۲) روابط اجتماعی بخش مهمی از زندگی انسان هاست و کیفیت آن بر سلامت روان و کیفیت زندگی تأثیر می گذارد. پژوهش ها نشان داده اند که بیماران مبتلا به آلزایمر با کاهش تعاملات اجتماعی، انزوای اجتماعی و مشکلات ارتباطی مواجه هستند (Cohen, Mansfield et al., ۲۰۱۵).

تعریف کلی بیماری آلزایمر

بیماری آلزایمر (Alzheimer's Disease) یکی از شایع ترین اختلالات عصبی-تخریبی و علت اصلی زوال عقل (Dementia) در افراد مسن است. این بیماری با اختلال پیش رونده در حافظه، تفکر، قضاوت و عملکرد روزمره مشخص می شود و به تدریج استقلال فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. آلزایمر یک بیماری مزمن و غیرقابل درمان کامل است، اما تشخیص زودهنگام و مداخلات حمایتی می تواند به کاهش سرعت پیشرفت و بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده ها کمک کند.

بیماری آلزایمر اولین بار توسط آلویس آلزایمر در سال ۱۹۰۶ توصیف شد و از آن زمان به عنوان یک اختلال نورودژنراتیو شناخته شده است. این بیماری عمدتاً در افراد بالای ۶۵ سال رخ می دهد، اگرچه موارد زودرس (Early-onset Alzheimer's) نیز گزارش شده است. آلزایمر به تدریج با کاهش حجم مغز، رسوب پلاک های بتا-آمیلوئید و فیبرهای تاو در نورون ها همراه است و منجر به اختلالات شناختی و رفتاری می شود.

- علائم اولیه: کاهش حافظه کوتاه مدت و دشواری در یادآوری اطلاعات جدید.
- پیشرفت بیماری: اختلال در مهارت های زبانی، توانایی حل مسئله، جهت یابی فضایی و در نهایت از دست دادن توانایی انجام امور روزمره.
- عوارض رفتاری و روانی: افسردگی، اضطراب، بی قراری و اختلالات خواب.

تعریف کلی

- Alzheimer's Association (۲۰۲۳): آلزایمر یک بیماری عصبی-تخریبی پیش رونده است که با اختلالات شناختی و عملکردی تدریجی مشخص می شود و شایع ترین علت زوال عقل در سالمندان به شمار می رود.

• **DSM-۵-TR:** آلزایمر در دسته اختلالات عصبی-شناختی عمده (Major Neurocognitive

Disorder) طبقه بندی می شود و معیار تشخیصی شامل کاهش عملکرد شناختی نسبت به سطح پیشین

فرد و تأثیر بر استقلال در فعالیت های روزمره است.

نتیجه گیری

بیماری آلزایمر یک اختلال مزمن، پیشرونده و ناتوان کننده است که با اختلالات شناختی، رفتاری و عملکردی

مشخص می شود. شناخت علائم اولیه و تعریف دقیق بیماری برای تشخیص زودهنگام، برنامه ریزی مراقبتی و

طراحی مداخلات درمانی حمایتی ضروری است.

اپیدمیولوژی بیماری آلزایمر (Alzheimer's Disease)

بیماری آلزایمر (AD) شایع ترین علت زوال عقل در سالمندان است و بار اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی قابل توجهی

دارد. اپیدمیولوژی آلزایمر شامل بررسی شیوع، بروز، توزیع سنی و جنسی، و عوامل خطر جمعیت شناختی

می شود. شناخت الگوهای اپیدمیولوژیک این بیماری برای پیشگیری، تشخیص زودهنگام و برنامه ریزی خدمات

بهداشت روان و مراقبت های سالمندی اهمیت دارد.

شیوع و بروز

- شیوع جهانی: بر اساس گزارش انجمن آلزایمر (۲۰۲۳)، حدود ۵۰ میلیون نفر در جهان به زوال عقل مبتلا هستند که بیش از ۶۰-۷۰ درصد آن ها ناشی از آلزایمر است.
- شیوع در جمعیت مسن: در افراد بالای ۶۵ سال، شیوع آلزایمر تقریباً ۱۰٪ تا ۱۲٪ است و با افزایش سن، احتمال ابتلا به طور تصاعدی افزایش می یابد.
- بروز سالانه: تخمین زده می شود که حدود ۱۰ میلیون مورد جدید زوال عقل در سال در سراسر جهان ثبت می شود که سهم عمده آن مربوط به آلزایمر است.

توزیع سنی

- شروع معمول: آلزایمر اغلب پس از ۶۵ سالگی بروز می کند. (Late-onset Alzheimer's Disease)
- موارد زودرس: (Early-onset Alzheimer's) کمتر از ۵٪ از بیماران، بیماری در سن ۴۰ تا ۶۵ سالگی آغاز می شود و معمولاً با جهش های ژنتیکی مرتبط است.
- شیوع با افزایش دهه های سنی به طور قابل توجهی افزایش می یابد، به طوری که در افراد بالای ۸۵ سال، شیوع به حدود ۳۰٪ می رسد.

تفاوت های جنسی

- زنان: به دلیل طول عمر بیشتر، میزان آلزایمر در زنان بالاتر است.
- مردان: شیوع کمتر، ولی خطر ابتلا با افزایش سن به طور قابل توجهی افزایش می یابد.
- مطالعات نشان داده اند که نسبت زنان به مردان در آلزایمر حدود ۲:۱ است.

تفاوت های جغرافیایی و فرهنگی

- کشورهای با درآمد بالا به دلیل دسترسی بهتر به خدمات تشخیصی و افزایش طول عمر، شیوع بالاتری گزارش می کنند.
- در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، کم تشخیصی و زیر گزارش دهی شایع است، هرچند با تغییر سبک زندگی و افزایش امید به زندگی، موارد جدید رو به افزایش است.

بار بیماری و پیامدها

- آلزایمر یکی از علل اصلی ناتوانی در سالمندان است و به طور مستقیم بر کیفیت زندگی بیمار و خانواده ها اثر می گذارد.
- هزینه های مراقبتی و درمانی ناشی از آلزایمر، یکی از بزرگترین چالش های سلامت عمومی در جهان است.
- همراه با کاهش عملکرد شناختی، مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب نیز در بیماران شایع است.

نتیجه گیری

اپیدمیولوژی آلزایمر نشان می دهد که این بیماری یک معضل بهداشت عمومی جهانی است که با افزایش سن جمعیت، بار آن نیز روزافزون خواهد بود. شناخت الگوهای سنی، جنسی و جغرافیایی شیوع به طراحی استراتژی های پیشگیری، برنامه های مراقبتی و خدمات حمایتی کمک می کند.

علل و عوامل خطر (اتیولوژی) و علائم تشخیص بیماری آلزایمر

بیماری آلزایمر (Alzheimer's Disease) یک اختلال عصبی-تخریبی مزمن و پیش رونده است که با زوال شناختی و اختلال در عملکرد روزمره مشخص می شود. اتیولوژی این بیماری چندعاملی است و شامل عوامل ژنتیکی، محیطی، سبک زندگی و نوروبیولوژیک می شود. شناخت علل و عوامل خطر و همچنین نشانه های بالینی و معیارهای تشخیصی برای تشخیص زودهنگام و طراحی مداخلات درمانی حیاتی است.

علل و عوامل خطر (Etiology & Risk Factors)

۱. عوامل ژنتیکی

- ژن های **APOE**: حاملان آلل ε۴ ژن APOE خطر بالاتری برای آلزایمر دیررس دارند.
- جهش های خانوادگی: جهش های ژن های APP، PSEN^۱ و PSEN^۲ با بروز آلزایمر زودرس (Early-onset) مرتبط هستند.
- سابقه خانوادگی ابتلا به آلزایمر ریسک ابتلا را افزایش می دهد.

۲. عوامل نوروبیولوژیک

- رسوب پروتئین های بتا-آمیلوئید و تاو: پلاک ها و گره های عصبی باعث اختلال در ارتباط نورونی و مرگ سلول های مغزی می شوند.
- اختلالات انتقال دهنده های عصبی: کاهش استیل کولین به ویژه در کورتکس و هیپوکامپ با افت حافظه مرتبط است.
- آتروفی مغزی: کاهش حجم هیپوکامپ و قشر پیش پیشانی در مراحل اولیه بیماری مشاهده می شود.

۳. عوامل محیطی و سبک زندگی

- سن بالا: عامل خطر اصلی و غیرقابل تغییر برای آلزایمر.
- سایر بیماری ها: دیابت، فشار خون بالا، چاقی و بیماری های قلبی-عروقی ریسک ابتلا را افزایش می دهند.
- سبک زندگی: کمبود فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی ناسالم، کمبود فعالیت ذهنی و اجتماعی از عوامل تقویت کننده خطر هستند.

۴. عوامل روانی-اجتماعی

- انزوای اجتماعی و استرس مزمن ممکن است خطر ابتلا یا شدت بیماری را افزایش دهد.
- تحصیلات پایین و عدم فعالیت های شناختی محافظتی با افزایش ریسک آلزایمر مرتبط است.

علائم بالینی و معیارهای تشخیصی

۱. اختلالات شناختی اصلی

- حافظه: کاهش حافظه کوتاه مدت و مشکل در یادآوری اطلاعات جدید.
- زبان: دشواری در نام گذاری اشیاء و برقراری ارتباط.
- جهت یابی فضایی و توانایی حل مسئله: گم شدن در مسیرهای آشنا و کاهش مهارت های برنامه ریزی.
- تمرکز و قضاوت: اختلال در تمرکز و تصمیم گیری.

۲. علائم رفتاری و روانی همراه (BPSD)

- افسردگی، اضطراب، بی قراری، پرخاشگری و اختلالات خواب.

۳. معیارهای تشخیصی DSM-۵-TR

- وجود کاهش عملکرد شناختی قابل توجه نسبت به سطح پیشین فرد در یک یا چند حوزه شناختی.

- اختلال باید باعث کاهش استقلال در انجام فعالیت های روزمره شود.
- علائم نباید ناشی از سایر اختلالات روان پزشکی یا بیماری های جسمی باشد.
- ۴. معیارهای تشخیصی تصویربرداری و آزمایشگاهی
 - MRI یا CT: کاهش حجم هیپوکامپ و قشر پیش پیشانی.
 - PET scan: کاهش متابولیسم در مناطق مشخص مغز.
 - آزمایش های خونگهی: برای رد سایر علل زوال عقل مانند کم کاری تیروئید یا کمبود ویتامین B۱۲.

نتیجه گیری

بیماری آلزایمر یک اختلال چندعاملی و پیشرونده است که ناشی از تعامل ژنتیک، عوامل نوروبیولوژیک و سبک زندگی است. شناخت عوامل خطر و علائم بالینی، همراه با استفاده از معیارهای DSM-۵-TR و ابزارهای تصویربرداری، امکان تشخیص زودهنگام و طراحی مداخلات حمایتی و درمانی را فراهم می کند.

درمان و مدیریت بیماری آلزایمر (Alzheimer's Disease)

بیماری آلزایمر (AD) یک اختلال عصبی-تخریبی پیشرونده است که با زوال شناختی، اختلال عملکرد روزمره و مشکلات رفتاری مشخص می شود. هیچ درمان قطعی برای توقف یا معکوس کردن فرآیند بیماری وجود ندارد، اما مداخلات دارویی و غیردارویی می توانند علائم را کنترل کرده، پیشرفت بیماری را کند کرده و کیفیت زندگی بیماران و خانواده ها را بهبود دهند.

آلزایمر شایع ترین علت زوال عقل در سالمندان است و با افزایش سن جمعیت، بار اجتماعی و اقتصادی آن به شکل قابل توجهی افزایش یافته است. درمان بیماری شامل مدیریت دارویی، مداخلات غیردارویی و حمایتی و آموزش خانواده است و هدف آن کاهش شدت علائم، حفظ استقلال عملکردی و پیشگیری از رفتارهای مشکل زا می باشد.

۱. دارودرمانی (Pharmacological Management)

الف) مهارکننده های کولین استراز (Cholinesterase Inhibitors)

- داروها: دونپیزیل (Donepezil)، ریواستیگمین (Rivastigmine)، گالانتامین (Galantamine)
- موارد مصرف: بیماری خفیف تا متوسط
- اثرات: بهبود عملکرد شناختی و کاهش شدت علائم رفتاری با افزایش سطح استیل کولین در مغز

ب) ممانتین (Memantine)

- موارد مصرف: بیماری متوسط تا شدید
- مکانیسم: آنتاگونیست گیرنده NMDA که از تحریک بیش از حد گلوتمات جلوگیری می کند
- اثرات: کاهش پیشرفت زوال شناختی و کمک به بهبود عملکرد روزمره

(ج) داروهای مکمل

- داروهای ضد افسردگی یا ضد اضطراب: برای مدیریت علائم روانی-رفتاری همراه
- داروهای ضد روان پریشی: در صورت وجود پر خاشگری، هذیان یا توهم، با دقت و تحت نظارت پزشک مصرف می شوند

۲. مداخلات غیر دارویی (Non-Pharmacological Interventions)

- تمرینات شناختی: تقویت حافظه و توانایی حل مسئله از طریق بازی ها، تمرینات ذهنی و فعالیت های هدفمند
- فعالیت های جسمی و اجتماعی: ورزش منظم و مشارکت در فعالیت های اجتماعی به کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی کمک می کند
- مدیریت محیطی: ساده سازی محیط زندگی، استفاده از یادآور ها و کاهش محرک های تنش زا
- موسیقی درمانی و هنر درمانی: کاهش اضطراب و بی قراری، افزایش تعامل اجتماعی

۳. آموزش و حمایت خانواده

- آموزش خانواده درباره ماهیت بیماری، روش های مدیریت رفتار های مشکل زا و پایبندی به درمان دارویی ضروری است
- گروه های حمایتی و مشاوره روانی برای مراقبان به کاهش استرس و بار مراقبتی کمک می کند

۴. رویکرد ترکیبی و پیوسته

- بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می شود که دارو درمانی، مداخلات شناختی و حمایتی، و اصلاح محیط زندگی با هم ترکیب شوند
- پیگیری منظم توسط تیم مراقبت های سلامت شامل پزشک، روانشناس، کاردرمانگر و مددکار اجتماعی برای ارزیابی پیشرفت و تنظیم درمان حیاتی است

نتیجه گیری

درمان بیماری آلزایمر مبتنی بر مدیریت چندوجهی و فردمحور است. مهارکننده های کولین استراز و ممانتین می توانند روند پیشرفت شناختی را کند کنند، در حالی که مداخلات غیر دارویی و حمایت های اجتماعی به حفظ عملکرد روزمره و کاهش علائم رفتاری کمک می کنند. آموزش خانواده و مراقبان نقش کلیدی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد.

تأثیر آلزایمر بر عملکرد شغلی

۱. اختلالات شناختی

- کاهش حافظه کاری و بلندمدت: افراد مبتلا ممکن است در یادآوری وظایف، دستورالعمل ها و اطلاعات مهم دچار مشکل شوند.

- کاهش توانایی حل مسئله و تصمیم گیری: اختلالات شناختی می تواند منجر به تأخیر در تصمیم گیری و خطاهای کاری شود.
- ۲. مشکلات توجه و تمرکز
 - تمرکز پایین باعث کاهش بهره وری و افزایش خطاهای شغلی می شود.
 - وظایف چندمرحله ای یا پیچیده برای افراد مبتلا به آلزایمر دشوارتر خواهد بود.
- ۳. تغییرات رفتاری و روانی
 - اضطراب، افسردگی و تغییرات خلقی می تواند تعاملات شغلی و روابط با همکاران را تحت تأثیر قرار دهد.
 - کاهش اعتماد به نفس ناشی از اختلالات شناختی می تواند انگیزه کاری را کاهش دهد. (Sano et al., ۲۰۱۱)
- ۴. پیامدهای شغلی
 - کاهش بهره وری، افزایش غیبت و نیاز به نظارت بیشتر از سوی مدیران از پیامدهای شایع آلزایمر در محیط کار هستند.
 - ممکن است نیاز به تغییر در نقش شغلی یا کاهش مسئولیت ها ایجاد شود.

راهکارهای کاهش اثرات آلزایمر بر عملکرد شغلی

۱. پشتیبانی محیط کاری: ارائه محیط کار سازگار با نیازهای شناختی فرد، کاهش عوامل حواس پرتی و استفاده از ابزارهای کمکی.
۲. تقسیم وظایف و انعطاف پذیری: تقسیم وظایف پیچیده به مراحل کوچک و انعطاف در زمان بندی کارها.
۳. حمایت روانی و آموزشی: مشاوره و آموزش مهارت های سازماندهی و مدیریت زمان برای کارکنان مبتلا و خانواده های آنها.
۴. پیگیری درمان پزشکی: استفاده از داروهای کنترل کننده علائم شناختی و رفتاری برای بهبود عملکرد شغلی.

تأثیر آلزایمر بر روابط اجتماعی

۱. کاهش توانایی شناخت اجتماعی

- اختلالات حافظه و کاهش توانایی در پردازش اطلاعات اجتماعی باعث دشواری در شناخت و درک احساسات دیگران می شود.
- بیماران ممکن است توانایی تشخیص نشانه های اجتماعی و پاسخ مناسب به تعاملات اجتماعی را از دست بدهند.

۲. تغییرات رفتاری و خلقی

- افسردگی، اضطراب و تحریک پذیری شایع در بیماران آلزایمری می تواند روابط خانوادگی و دوستانه را تحت تأثیر قرار دهد.
- رفتارهای نامناسب یا ناهماهنگ باعث ایجاد تنش در روابط اجتماعی می شود. (Saczynski et al., ۲۰۰۸)

۳. پیامدهای انزوای اجتماعی

- کاهش تعاملات اجتماعی می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، افزایش افسردگی و کاهش عملکرد شناختی شود.
- انزوای اجتماعی ممکن است سرعت پیشرفت بیماری را تسریع کند و باعث کاهش انگیزه بیمار برای شرکت در فعالیت های اجتماعی گردد.

۴. تأثیر خانواده و مراقبان

- روابط اجتماعی بیماران اغلب تحت تأثیر نگرانی ها و استرس مراقبان قرار می گیرد.
- عدم آگاهی و آموزش مناسب خانواده ها می تواند باعث افزایش تنش و کاهش تعاملات مثبت شود.

راهکارهای بهبود روابط اجتماعی

۱. حمایت روانی و اجتماعی: ارائه مشاوره و حمایت به بیماران و خانواده ها برای بهبود تعاملات اجتماعی.
۲. فعالیت های گروهی و مشارکتی: شرکت در گروه های حمایتی و فعالیت های اجتماعی برای کاهش انزوا.
۳. آموزش مهارت های شناخت اجتماعی: استفاده از تمرین ها و بازی های شناختی برای حفظ مهارت های ارتباطی.
۴. تنظیم محیط و کاهش محرک های استرس زا: ایجاد محیطی آرام و دوستانه برای تعاملات مثبت اجتماعی.

۲. پرسش پژوهش

۱. بیماری آلزایمر چگونه بر عملکرد شغلی افراد شاغل تأثیر می گذارد؟
۲. این بیماری چه پیامدهایی بر روابط اجتماعی و تعاملات فردی - خانوادگی مبتلایان دارد؟
۳. وضعیت خدمات و حمایت های موجود در شهرستان قروه برای افراد شاغل مبتلا به آلزایمر چگونه است؟

۳. روش پژوهش

- این مطالعه به روش مرور تحلیلی- ترکیبی انجام شده است. داده ها از دو منبع گردآوری شده اند:
۱. مرور نظام مند مقالات علمی در پایگاه های Scopus، PubMed و Google Scholar درباره آلزایمر، عملکرد شغلی و روابط اجتماعی (۲۰۰۵ تا ۲۰۲۳).
 ۲. استخراج اطلاعات محلی از گزارش های رسمی وزارت بهداشت، مرکز آمار ایران، بهزیستی و رسانه های منطقه ای مرتبط با سالمندان و بیماران دمانس در شهرستان قروه و استان کردستان.

۴. یافته ها

۴.۱. آلزایمر و عملکرد شغلی

- در مراحل اولیه بیماری، افراد مبتلا دچار فراموشی کوتاه مدت، دشواری در انجام هم زمان وظایف، و کاهش سرعت پردازش اطلاعات می شوند که می تواند بهره وری شغلی را کاهش دهد (Alzheimer's Association, ۲۰۲۲).

- در مشاغل نیازمند دقت بالا (مانند رانندگی، کار با ماشین آلات، مشاغل اداری حساس)، این مشکلات می توانند باعث افزایش خطا و خطرات شغلی شوند.
- مطالعات نشان می دهند که بسیاری از مبتلایان مجبور به بازنشستگی زودهنگام یا تغییر شغل می شوند (WHO, ۲۰۲۳).

۴.۲. آلزایمر و روابط اجتماعی

- کاهش توانایی درک موقعیت های اجتماعی، فراموشی نام ها و کاهش زبان گفتاری باعث اختلال در روابط خانوادگی و دوستانه می شود. (Livingston et al., ۲۰۲۰)
- مبتلایان اغلب دچار انزوا، اضطراب و افسردگی می شوند و از تعاملات اجتماعی دوری می کنند.
- بار روانی و اقتصادی آلزایمر بر خانواده ها (caregiver burden) بسیار بالاست و می تواند روابط خانوادگی را دچار تنش کند.

۴.۳. وضعیت محلی: شهرستان قروه

- براساس گزارش های محلی، شهرستان قروه دارای جمعیت سالمندی قابل توجه است و بخشی از سالمندان به بیماری های مرتبط با حافظه و شناخت دچار هستند، هرچند آمار دقیق مبتلایان به آلزایمر ثبت شده محدود است.
- بهزیستی و مراکز توان بخشی منطقه خدماتی برای سالمندان ارائه می دهند، اما پوشش تخصصی آلزایمر (مانند کلینیک های حافظه) بسیار محدود است.
- فقدان برنامه های غربالگری منظم و آموزش کارفرمایان درباره نشانه های اولیه آلزایمر، چالش جدی برای حمایت از افراد شاغل مبتلا در این شهرستان محسوب می شود.

۵. بحث

یافته ها نشان می دهند که آلزایمر اثرات چندجانبه ای بر زندگی کاری و اجتماعی افراد دارد. در بعد شغلی، افت حافظه، دشواری در یادگیری وظایف جدید و کاهش کارکردهای اجرایی می تواند منجر به کاهش بهره وری یا خروج زودهنگام از بازار کار شوند. در بعد اجتماعی، کاهش مهارت های ارتباطی و وابستگی به مراقبین باعث انزوای فردی و افزایش فشار روانی بر خانواده می گردد. در شهرستان قروه، با توجه به کمبود مراکز تخصصی آلزایمر، این اثرات می توانند شدیدتر تجربه شوند. توسعه غربالگری شناختی در مراکز بهداشتی، آموزش کارفرمایان و حمایت های مالی - اجتماعی از خانواده ها ضروری است.

۶. پیشنهادها

پژوهشی

- انجام مطالعات میدانی در شهرستان قروه برای تعیین شیوع آلزایمر در بین شاغلان سالمند و بررسی رابطه آن با کارایی شغلی و روابط اجتماعی.

سیاستی

- ایجاد کلینیک حافظه در قروه برای تشخیص و پیگیری بیماران.

- طراحی برنامه های آموزش کارفرمایان درباره مدیریت کارکنان مبتلا به مشکلات شناختی.
- توسعه خدمات توان بخشی شناختی و حمایت های اجتماعی برای خانواده ها.

فردی - اجتماعی

- آموزش خانواده ها برای شناخت علائم اولیه آلزایمر.
- تشویق به فعالیت های شناختی و اجتماعی (ورزش، کتاب خوانی، فعالیت های گروهی) برای پیشگیری و کند کردن روند بیماری.

۷. نتیجه گیری

بیماری آلزایمر در میان سالمندان شاغل شهرستان قروه می تواند عملکرد شغلی و روابط اجتماعی آنان را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. کاهش حافظه، تمرکز و توانایی های شناختی موجب افت بهره وری شغلی، بازنشستگی زودهنگام و مشکلات ارتباطی می شود. در بعد اجتماعی، این بیماری به انزوای فردی و افزایش فشار بر خانواده منجر می گردد. توجه ویژه به غربالگری، توسعه خدمات توان بخشی و آموزش کارفرمایان و خانواده ها در شهرستان قروه ضروری است.

نتیجه گیری

بیماری آلزایمر تأثیر قابل توجهی بر عملکرد شغلی افراد دارد. کاهش حافظه، توانایی های اجرایی، تمرکز و مهارت های اجتماعی می تواند بهره وری و کیفیت عملکرد شغلی را کاهش دهد. حمایت محیط کاری، درمان های پزشکی و روان شناختی، و تنظیم وظایف شغلی می توانند اثرات منفی آلزایمر را کاهش داده و امکان حفظ عملکرد شغلی تا حد ممکن فراهم کنند.

بیماری آلزایمر تأثیر قابل توجهی بر روابط اجتماعی افراد دارد. کاهش توانایی های شناختی، اختلالات حافظه، تغییرات رفتاری و انزوای اجتماعی می توانند کیفیت تعاملات را کاهش دهند. حمایت های روانی و اجتماعی، فعالیت های گروهی، آموزش مهارت های شناخت اجتماعی و محیط های مناسب می توانند اثرات منفی آلزایمر بر روابط اجتماعی را کاهش داده و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند.

منابع

۱. Alzheimer's Association. (۲۰۲۲). *2022 Alzheimer's disease facts and figures*. Alzheimer's & Dementia, ۱۸(۴), ۷۰۰-۷۸۹.
۲. Sano, M., Zhu, C. W., & Ornstein, K. (۲۰۱۱). *Cognitive function and work performance in early-stage Alzheimer's disease*. Journal of Occupational Health Psychology, ۱۶(۴), ۴۳۸-۴۴۷.
۳. Pejournal.ir. (۲۰۲۱). [لینک](#): تأثیر بیماری آلزایمر بر عملکرد شغلی.
۴. Civilica.com. (۲۰۲۲). [لینک](#): مطالعه ای بر رابطه آلزایمر و کارایی شغلی.
۵. Mayo Clinic. (۲۰۲۱). *Alzheimer's disease: Symptoms and causes*. [لینک](#)
۶. Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (۲۰۱۵). *Loneliness in older persons: A theoretical review*. International Psychogeriatrics, ۲۷(۴), ۵۴۱-۵۵۶.
۷. Saczynski, J. S., Pfeifer, L. A., Masaki, K., Korf, E. S., & White, L. (۲۰۰۸). *The influence of social engagement on cognitive decline in older adults*. Journal of Aging and Health, ۲۰(۷), ۱۰۴-۱۲۲.
۸. Pejournal.ir. (۲۰۲۱). [لینک](#): تأثیر آلزایمر بر روابط اجتماعی.
۹. Mayo Clinic. (۲۰۲۱). *Alzheimer's disease: Symptoms and causes*. [لینک](#)
۱۰. Alzheimer's Association. *2023 Alzheimer's Disease Facts and Figures*. ۲۰۲۳.
۱۱. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ۲۰۲۲.
۱۲. Querfurth HW, LaFerla FM. *Alzheimer's Disease*. N Engl J Med. ۲۰۱۰;۳۶۲:۳۲۹-۳۴۴.
۱۳. Alzheimer's Association. *2023 Alzheimer's Disease Facts and Figures*. ۲۰۲۳.
۱۴. Prince M, Wimo A, Guerchet M, et al. *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. Alzheimer's Disease International; ۲۰۱۵.
۱۵. Reitz C, Mayeux R. *Alzheimer disease: Epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers*. Biochem Pharmacol. ۲۰۱۴;۸۸(۴):۶۴۰-۶۵۱.
۱۶. Querfurth HW, LaFerla FM. *Alzheimer's Disease*. N Engl J Med. ۲۰۱۰;۳۶۲:۳۲۹-۳۴۴.
۱۷. Reitz C, Mayeux R. *Alzheimer disease: Epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers*. Biochem Pharmacol. ۲۰۱۴;۸۸(۴):۶۴۰-۶۵۱.
۱۸. Hardy J, Selkoe DJ. *The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics*. Science. ۲۰۰۲;۲۹۷:۳۵۳-۳۵۶.
۱۹. Birks J. *Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev. ۲۰۰۶;(۱):CD۰۰۵۵۹۳.
۲۰. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. *Memantine for dementia*. Cochrane Database Syst Rev. ۲۰۰۶;(۲):CD۰۰۳۱۵۴.
۲۱. Gaugler JE, James B, Johnson T, et al. *2019 Alzheimer's disease facts and figures*. Alzheimers Dement. ۲۰۱۹;۱۵(۳):۳۲۱-۳۸۷.
۲۲. World Health Organization (۲۰۲۳). *Dementia Fact Sheet*. WHO.
۲۳. Alzheimer's Association (۲۰۲۲). *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. Alz.org.

۲۴. Livingston, G., et al. (۲۰۲۰). *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*. The Lancet.
۲۵. گزارش محلی: سالمندان و مبتلایان به بیماری های شناختی در شهرستان قروه (KurdPress, ۲۰۲۲).