

تأثیر آموزش بر اساس مدل "پرسید-پرسید" بر آگاهی، نگرش و رفتار بیماران مصروع

Effect of education based on "precede-proceed" model on knowledge, attitude and behavior of epilepsy patients

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۹/۱۲

Zigheymat F. MSc, Naderi Z. MSc[✉],
Ebadi A. PhD, Kachuei H. PhD,
Mehdizadeh S. MSc, Ameli J. PhD,
Niknam Z. PhD

فرزانه ذیقیمت^۱، زینب نادری^۲،
عباس عبادی^۳، حسین کچوئی^۴، سودابه مهدی زاده^۵،
جواد عاملی^۵، زهرا نیکنام^۵

Abstract

Introduction: The current research was to determine the effects of education based on framework of precede-proceed model on the knowledge, attitude and behavior of epilepsy patients.

Method: In this quasi-experimental study, 64 patients with grand-mal epilepsy based on inclusion criteria were randomly divided into case & control groups. Education interference was performed based on precede-proceed model as framework of the planning for patients' education in case group. Data accumulation instrument was a questionnaire constructed by researcher that contained demographics and hygienic qualification of patients and precede-proceed model parts. Data was accumulated by questionnaire filling during organized interviews with selected samples two times before and two months after educational interference.

Results: The mean scores of the predisposing factors including knowledge, attitude, behaviors and also reinforcing factors increased significantly in case group compared to control group following the intervention ($p < 0.05$); but there was no significant difference between case and control groups in mean scores of enabling factors, following the intervention ($p > 0.05$). In addition, mean overall scores of precede-proceed model constructs in patients of case group and target behavior means "precise observance therapeutic regime" than before of intervention was significantly increased ($p < 0.05$). The mean scores of the knowledge, attitude and enabling factors was significant in control group following the intervention.

Conclusion: Education based on framework of the precede-proceed model is effective to increase the knowledge, attitude, enabling and reinforcing factors and positive coping behaviors in patients with epilepsy.

Keywords: Epilepsy, Knowledge, Attitude, Behavior, Education, Precede-Proceed Mod

چکیده

مقدمه: تحقیق حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس چارچوب مدل "پرسید-پرسید" بر آگاهی، نگرش و رفتار بیماران مصروع انجام گرفت.

روش: در این پژوهش نیمه تجربی، ۶۴ بیمار مبتلا به صرع بزرگ بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. مداخله آموزشی بر اساس الگوی "پرسید-پرسید" به عنوان چارچوب برنامه ریزی برای آموزش بیماران در گروه آزمون صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه محقق ساخته شامل سئوالاتی در زمینه مشخصات جمعیتی - بهداشتی بیماران و شاخص های الگوی "پرسید-پرسید" بود. اطلاعات از طریق تکمیل پرسش نامه طی مصاحبه ساختاریافته با نمونه های منتخب در دو نوبت قبل از مداخله آموزشی و دو ماه بعد از آن جمع آوری شد.

یافته ها: پس از مداخله، در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد میانگین نمرات عوامل مستعدکننده شامل آگاهی و نگرش و نیز نمرات عوامل تقویت کننده و نمرات رفتارها افزایش معنی داری داشت ($P < 0/05$)، اما بین میانگین نمرات عوامل قادرکننده در گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$). به علاوه، میانگین نمرات تمامی سازه های مدل پرسید-پرسید در بیماران گروه آزمون و رفتار هدف یعنی رعایت دقیق رژیم درمانی نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی داری یافت ($P < 0/05$). در گروه شاهد نیز میانگین نمرات شاخص های آگاهی، نگرش و عوامل قادرکننده قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری داشت.

نتیجه گیری: آموزش بر اساس چارچوب مدل "پرسید-پرسید" در افزایش آگاهی، نگرش، عوامل تقویت کننده و نیز رفتارهای مقابله ای مثبت در بیماران مصروع مؤثر است.

کلیدواژه ها: صرع، آگاهی، نگرش، رفتار، آموزش، مدل "پرسید-پرسید"

[✉] **Corresponding Author:** Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
Email: naderi_zeinab@yahoo.com

^۱ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران
^۲ بخش بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران
^۳ بخش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران
^۴ بخش مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران
^۵ بخش بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران

به توانایی‌هایش کاسته شود، به‌جای آن نگرش مثبت کسب خواهد کرد. در این زمینه تجارب موفقیت و شکست، اعتمادبه‌نفس او را در رابطه با درمان صحیح تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر در اثر مداوای صحیح، کنترل حملات به‌نحو مطلوب صورت گیرد و بیماران آموزش‌های لازم را دریافت دارند؛ بهتر می‌توانند از مکانیزم سازگاری و انطباق با بیماری مزمن استفاده نمایند [۱۷]. از این‌رو آموزش بهداشت باید به‌عنوان قسمت مهمی از مداوای بیماران تلقی شود [۱۸].

در این زمینه یکی از مدل‌هایی که به‌طور وسیعی برای هدایت اجرا و ارزیابی مداخلات ارائه‌شده در مراکز مراقبت اولیه به‌کار می‌رود مدل "پرسید-پروسید" برنامه‌ریزی برای ارتقای بهداشت است [۱۹]. این مدل مجموعه‌ای از مراحل متوالی را با شناسایی اولویت‌ها و تنظیم اهداف طی مراحل پرسید و سپس اهداف و معیارهایی را برای خط مشی، اجرا و ارزیابی در مراحل پروسید، ارائه می‌دهد [۲۰]. چندان‌بندی بودن رفتار و نیاز به احتساب عوامل چندان‌گانه در افزایش تغییر رفتار به‌وسیله مراحل پنج‌گانه جزء پرسید مدل مشخص شده‌اند [۱۹]. جزء پرسید از "ساختارهای مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده در تشخیص و ارزشیابی آموزشی و محیطی" و جزء پروسید از "ساختار سیاسی، تنظیمی و سازمانی در توسعه آموزشی و محیطی" تشکیل شده است. چارچوب پرسید-پروسید توسعه آموزشی مداخله را به‌عنوان فرآیندی منظم تعریف می‌کند که شامل تشخیص اجتماعی، اپیدمیولوژیک، ژنتیکی، رفتاری و محیطی، آموزشی (اکولوژیک)، سازمانی و اجرایی است که به شناسایی مشکلات بهداشتی و عوامل تعیین‌کننده آنها در کل مجموعه گام‌های تشخیصی می‌پردازد [۲۱]. این عوامل به‌صورت سلسله مراتب وجود دارند و فرآیند منطقی مداخله را دیکته می‌کنند. اول، نیاز است که سطح کافی از انگیزه وجود داشته باشد. دوم، تغییر بایستی ممکن باشد و سوم، تغییر مثبت در رفتار بایستی تقویت شود. چهارم، وضعیت دموگرافیک و اقتصادی اجتماعی قابل تغییر در مراقبت اولیه نیز بایستی شناسایی شود [۱۹]. همچنین آنالیز منظم و طراحی مدل در فرآیندی که "بررسی و ارزیابی مداوم" نامیده می‌شود، به‌طور پویا ساخته شده است [۲۲]. بنابراین، ارزیابی بخش کاملی از هر دو مرحله است و به‌عنوان وسیله اولیه برای تعیین کیفیت فرآیند برنامه‌ریزی‌شده به‌کار می‌رود [۲۳].

با توجه به این‌که در مدیریت جامع درمانی بیماری‌های مزمن، برنامه‌های آموزشی برای بیماران و مراقبت‌دهندگان آنها بسیار مهم محسوب می‌شود [۱۶] و از طرفی انتخاب مدل آموزش بهداشت اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی آموزشی است [۲۴]؛ لذا در این مطالعه از مدل پرسید-پروسید به‌عنوان مدل قوی نظری برای هدایت، توسعه، اجرا و ارزیابی برنامه مداخله آموزشی در جهت افزایش آگاهی و بهبود نگرش بیماران در مورد بیماری‌شان

صرع مجموعه‌ای از چندین اختلال عملکردی مغز است که با تشنج‌های مکرر مشخص می‌شود و ممکن است با اُفت هوشیاری، حرکات اضافی یا کاهش تن عضلات یا حرکت و اختلالات رفتاری، خلقی، حسی و ادراکی همراه باشد [۱]. این بیماری رایج‌ترین اختلال جدی عصبی و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غیرمُرسی است [۲] که ۱ تا ۳٪ از افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳] و حدود ۱۱/۶٪ از مجموع اختلالات نورولوژیک مشاهده‌شده در بیمارستان‌ها را دربرمی‌گیرد [۴]. صرع از مسایل مهم بهداشتی در کشورهای در حال توسعه است [۵]. مطالعات نشان می‌دهد که ۸۰٪ افراد مصروع در کشورهای در حال توسعه هستند [۶] و انواع صرع در این کشورها شیوعی معادل ۱۰۰ تا ۱۹۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر دارد و عموماً بالاتر از کشورهای توسعه‌یافته است [۷]. در ایران نیز بر طبق مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۱ میلادی انجام گرفت، شیوع صرع ۱/۸٪ شناخته شد [۸]. هم‌چنین محمدی و همکاران شیوع صرع در استان تهران را ۸/۳ مورد در هر هزار نفر گزارش کردند [۹].

اگرچه صرع بیماری مزمن و ناتوان‌کننده عصبی است ولی به آن به‌عنوان نگرانی بهداشت عمومی به اندازه کافی توجه نشده است [۱۰]. از نظر تاریخی نیز به‌خوبی مستند شده که مراقبت از بیماران مصروع ضعیف است [۱۱] و این بیماری با پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی بسیاری همراه است [۱۲]. مشکلات غیرپزشکی شامل احساس بدنامی و معیوب بودن، پریشانی روان‌شناختی، بیکاری، خودباوری پایین و مشکلات بین‌فردی شامل انزوای اجتماعی و صلاحیت پایین اجتماعی در بین افراد مصروع رایج هستند [۱۳]. احساس ننگ و بدنامی همراه با صرع حتی در بیماران با حملات گهگاهی، عواقب فردی و اجتماعی جدی ایجاد می‌کند که در اغلب اوقات کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد [۱۴]. علی‌رغم وجود اطلاعات زیاد، اغلب بیماران مصروع دانش ضعیفی در مورد بیماری‌شان، گزینه‌های درمان و عواقب اجتماعی و حرفه‌ای بیماری دارند. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نیز اغلب به‌دلیل کمبود وقت قادر به ارائه مشاوره و آموزش لازم برای انجام مراقبت کافی از بیماران صرعی نیستند. بنابراین برنامه‌های آموزشی برای پرکردن این شکاف بسیار مهم هستند. افزایش دانش و آگاهی درباره صرع اضطراب اجتماعی را کاهش و خودباوری را در افراد با صرع مداوم افزایش خواهد داد [۱۵].

برای بسیاری از افراد مصروع سروکار داشتن با تأثیر نگرش منفی به بیماری، بدتر از سروکار داشتن با خود بیماری است. در دنیای مدرن نیز هنوز صرع همراه با تبعیض و نگرش‌های اشتباه است که از غفلت، درماندگی و ترس ناشی می‌شود [۱۶]. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که اگر از نگرش منفی فرد مصروع نسبت

در چارچوب مدل پرسید-پروسید پس از تدوین اهداف و محتوای ویژه با استفاده از وسایل کمک آموزشی و ایجاد فضایی مناسب برای انجام بحث و پرسش و پاسخ و تبادل اطلاعات و انتقال تجارب افراد گروه با یکدیگر طبق برنامه از قبل تعیین شده برای هر گروه، تهیه و اجرا گردید. تعداد جلسات، ۲ جلسه ۲ ساعته با فواصلی از استراحت بود که بنا به درخواست بیماران، هر دو جلسه در یک روز برگزار شد [۲۵]. در مجموع برای گروه آزمون با توجه به تعداد افراد شرکت کننده؛ ۵ جلسه گروهی (متشکل از گروه‌های ۵ تا ۸ نفره) تشکیل شد. برنامه آموزشی با ترکیبی از چند روش از جمله شیوه سخنرانی کوتاه مدت، بحث گروهی و پرسش و پاسخ ارایه گردید و در مورد صرع، انواع، شیوع و علل آن، تشخیص و درمان، عوامل تشدیدکننده و کاهش دهنده تشنجات، نیازهای ویژه مصروعین (شغل، ازدواج، وراثت، ایمنی، ارتباطات اجتماعی، کنترل استرس، بهبود خواب، تغذیه و رعایت دقیق رژیم درمانی) به بیماران آموزش داده شد.

به هنگامی که اجرای برنامه آموزشی ادامه داشت، پیشرفت آن از نظر اهداف ازپیش تعیین شده به طور منظم مورد ارزشیابی قرار گرفت. استراتژی‌های آموزشی، فنون آموزشی، شرایط اجرای برنامه، میزان پیشرفت فراگیران، نقاط قوت و ضعف برنامه و تأثیر آموزش، همه از جمله مواردی بودند که مورد سنجش قرار گرفت. ارزشیابی این امکان را فراهم می‌ساخت که برنامه آموزشی طبق نیازهای بهداشتی فراگیران و هماهنگ با اهداف ازپیش تعیین شده ادامه یابد. به خانواده بیماران آموزش حضوری خاصی داده نشد و فقط جزوه آموزشی راهنمای خانواده در اختیار آنان قرار گرفت. بدیهی است هنگامی که برنامه آموزشی ۲ جلسه‌ای پایان یافت؛ پس از ۸ هفته ارزشیابی دیگری به عنوان پس آزمون انجام گرفت که بدین وسیله میزان دستیابی به اهداف آموزشی برای واحدهای مورد پژوهش مشخص شد و اطلاعات حاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و با نتایج پس آزمون در گروه شاهد مقایسه گردید.

در نهایت، داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS 15، با استفاده از آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی، آزمون‌های T مستقل، T زوجی، مجذور کای و من-ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین جزوات آموزشی پس از انجام پس آزمون، بنا به درخواست گروه شاهد در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران $27/0 \pm 9/96$ بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش مرد ($68/8\%$)، مجرد ($60/9\%$) و بیکار بوده یا شغل آزاد ($53/1\%$) داشتند. تحصیلات اکثریت واحدها در سطح متوسطه و دیپلم ($54/7\%$) بود. اکثریت آنها با والدین خود زندگی می‌کردند ($64/1\%$). نیمی از آنها از وضعیت اقتصادی متوسطی برخوردار

و تقویت مسئولیت‌پذیری و استقلال آنها برای مدیریت بیماری و محدود کردن عوارض آن استفاده شده است. در واقع، نظریه‌محور بودن این مداخله یکی از ویژگی‌های مهم این برنامه آموزشی قلمداد می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش گروهی براساس مدل پرسید-پروسید به منظور اصلاح و تغییر رفتارهای بهداشتی، افزایش آگاهی و تغییر نگرش واحدهای مورد مطالعه بود.

روش

این مطالعه از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی شده است که در سال ۱۳۸۶ روی بیماران مصروع مبتلا به صرع بزرگ مراجعه کننده به درمانگاه داخلی اعصاب یکی از بیمارستان‌های تهران انجام شد. در ابتدا ۷۰ بیمار وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه‌های پیش آزمون را تکمیل نمودند و براساس معیارهای ورودی مطالعه و به روش توزیع تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. از این افراد ۴ نفر از گروه آزمون در جلسات آموزشی به طور کامل شرکت نکردند و فقط ۳۱ نفر از آنها تا پایان در مطالعه حضور داشتند و از گروه شاهد نیز ۲ نفر از بیماران به دلیل عدم دسترسی و بستری شدن در بیمارستان از مطالعه خارج شدند. بنابراین، حجم نمونه در پایان مطالعه به ۶۴ نفر (۳۱ نفر در گروه آزمون و ۳۳ نفر در گروه شاهد) رسید.

شرایط ورود به مطالعه قرارگیری در گروه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات پایان دوره ابتدایی، فقدان اختلالات شدید روانی، سابقه حداقل یکساله ابتلا به بیماری صرع و عدم حضور هم‌زمان در تحقیق مشابه بود. پس از انتخاب نمونه‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و کسب رضایت از آنها برای شرکت در تحقیق، داده‌ها گردآوری شده و در مورد "بی‌نام" بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم بیماران به آنان اطمینان کافی داده شد و همچنین حق خروج از مطالعه برای آنان محفوظ بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه محقق ساخته و طراحی شده براساس مدل پرسید-پروسید استفاده گردید که مشتمل بر اطلاعات جمعیت‌شناختی بهداشتی، شناخت از بیماری و شاخص‌های مدل پرسید-پروسید بود و برای تشخیص میزان آگاهی و نگرش بیماران، تعیین عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده و نیز رفتارهای مقابله با بیماری و به طور کلی برای نیازسنجی آموزشی به کار رفت. به منظور تعیین اعتبار پرسش‌نامه از روایی محتوایی و صوری و برای تعیین اعتبار پرسش‌نامه، از روش آزمون مجدد استفاده شد ($I=0/8$).

اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه طی مصاحبه ساختاریافته با نمونه‌های منتخب در دو مرحله قبل از مداخله آموزشی و ۲ ماه بعد از آن جمع‌آوری شد. محتوای برنامه آموزشی براساس اطلاعات جمع‌آوری شده در پیش‌آزمون طراحی و با توجه به نیازها

بودند (۵۰٪) و میانگین میزان درآمد ماهیانه بیماران بین ۲۹۰ تا ۳۲۰ هزار تومان با انحراف معیار ۲۰ هزار تومان بود. اکثر بیماران در خانواده و اقوام خود سابقه‌ایی از ابتلا به صرع نداشتند (۶/۶۵٪) و میانگین سن شروع بیماری در آنها ۱۰/۵۵ ± ۱۶/۶۲ بود.

جدول ۱) مقایسه شاخص‌های الگوی پرسید-پروسید در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله. بین میانگین نمرات شاخص‌های مدل پرسید-پروسید در دو گروه، قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

شاخص‌های مدل ←	آگاهی	نگرش	عوامل قادرکننده	عوامل تقویت‌کننده	رفتارها
گروه ↓	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
آزمون	۱۰/۶۷ ± ۳/۵۶	۷/۸۳ ± ۲/۸	۱/۶۱ ± ۱/۲۸	۱/۱۴ ± ۰/۳	۶/۷۴ ± ۱/۲۲
شاهد	۸/۸۱ ± ۴/۵۸	۶/۴۸ ± ۳/۳۲	۱/۹۳ ± ۱/۳۲	۱/۱ ± ۰/۳۶	۶/۴۲ ± ۱/۷۳
آزمون T مستقل	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۳۲	۰/۶	۰/۴
مقدار p					

جدول ۳) مقایسه شاخص‌های الگوی پرسید-پروسید در گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله. بین میانگین نمرات شاخص‌های مدل پرسید-پروسید در گروه آزمون و شاهد به استثنای عوامل قادرکننده، بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

شاخص‌های مدل ←	آگاهی	نگرش	عوامل قادرکننده	عوامل تقویت‌کننده	رفتارها
گروه ↓	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
آزمون	۱۹/۲۵ ± ۲/۹۲	۱۲/۰۶ ± ۲/۳۶	۲/۸۷ ± ۱/۰۵	۱/۳۵ ± ۰/۲۴	۷/۱۹ ± ۱/۱۹
شاهد	۱۱/۰۶ ± ۵/۱۲	۷/۴۵ ± ۳/۳۶	۲/۷۸ ± ۱/۵۱	۱/۰۷ ± ۰/۳۷	۶/۱ ± ۱/۷۹
آزمون T مستقل	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۰/۸	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۶*
مقدار p					

*معنی‌دار بودن

پس از مداخله، آزمون T زوجی در گروه آزمون افزایش معنی‌داری را به ترتیب در نمرات آگاهی (p<۰/۰۰۱)، نگرش (p<۰/۰۰۱)، عوامل قادرکننده (p<۰/۰۰۱)، عوامل تقویت‌کننده (p<۰/۰۰۱) و نمرات رفتارها نشان داد (p<۰/۰۰۵).

جدول ۴) توزیع فراوانی واحدهای مورد مطالعه بر حسب رعایت رژیم درمانی قبل از مداخله. آزمون من-وینتی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر رعایت رژیم درمانی در قبل از مداخله نشان نمی‌دهد.

تکرار ← گروه ↓	همیشه		اغلب اوقات		گاهی اوقات		اصلاً	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آزمون	۱۳	۴۱/۹	۱۰	۳۲/۳	۷	۲۲/۶	۱	۳/۲
شاهد	۱۵	۴۵/۵	۱۱	۳۳/۳	۴	۱۲/۱	۳	۹/۱
جمع	۲۸	۴۳/۸	۲۱	۳۲/۸	۱۱	۱۷/۲	۴	۶/۳
من-وینتی	۰/۷							
مقدار p								

در گروه شاهد نیز میانگین نمرات شاخص‌های آگاهی، نگرش و عوامل قادرکننده در بعد از مداخله، معنی‌دار بود و در میانگین نمرات شاخص‌های عوامل تقویت‌کننده و رفتارها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. آزمون مقایسه اختلاف میانگین‌ها در دو

گروه‌های آزمون و شاهد از نظر متغیرهای جمعیتی-بهداشتی شامل سن، سن شروع بیماری، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت زندگی، سابقه خانوادگی ابتلا به صرع، اختصاص وقت برای تفریح، استعمال سیگار، وضعیت اقتصادی و میزان درآمد، سن شروع بیماری و سایر متغیرهای مربوط به بیماری و نیز متغیرهای مرتبط با الگوی پرسید-پروسید یعنی عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده و رفتارهای سازگارانه با بیماری در قبل از مداخله با یکدیگر اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۱) (p>۰/۰۵).

جدول ۲) مقایسه اختلاف بین میانگین نمرات شاخص‌های آگاهی، نگرش و عوامل تقویت‌کننده در دو گروه بعد از مداخله، اختلاف بین میانگین نمرات شاخص‌های آگاهی و نگرش در دو گروه به استثنای عوامل قادرکننده، بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

شاخص‌های مدل ←	آگاهی	نگرش	عوامل قادرکننده
گروه ↓	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
آزمون	۸/۵ ± ۲/۷	۴/۲ ± ۲/۸	۱/۲ ± ۱/۰۳
شاهد	۲/۲ ± ۲/۸	۰/۹ ± ۲/۳	۰/۸ ± ۱/۲
آزمون T مستقل	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۰/۱۶
مقدار p			

*معنی‌دار بودن

تش‌زدایی [۳۰]، جلیلی و همکاران در زمینه افزایش آگاهی مادران درباره آلودگی انگلی روده‌ای [۲۵]، شریفی‌راد در زمینه افزایش آگاهی دانش‌آموزان در رابطه با بیماری‌های انگلی روده‌ای [۳۱] است.

در پژوهش حاضر نگرش واحدهای مورد مطالعه در مورد صرع به‌عنوان دومین عامل مستعدکننده در نظر گرفته شد و نتایج حاکی از افزایش معنی‌دار میانگین نمرات نگرش در گروه آزمون پس از مداخله آموزشی نسبت به گروه شاهد است که با مطالعات دیگر درخصوص تأثیر آموزش بر اساس مدل پرسید-پروسید و پرسید در بهبود نگرش افراد همخوانی دارد که از آن جمله می‌توان به مطالعات تیلور و همکاران [۲۸]، آلتندر و همکاران [۲۹]، باستانی [۳۰]، جلیلی و همکاران [۲۵] و حکمت‌پو و همکاران [۳۲] اشاره نمود. با این وجود در مطالعه شریفی‌راد و همکاران علی‌رغم این که پس از مداخله، میانگین نمرات نگرش در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود، اما آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را در نمرات نگرش دو گروه نشان نداد [۳۱].

در این مطالعه، امکان استفاده از منابع آموزشی درخصوص بیماری صرع شامل برگزاری جلسات آموزشی و ارائه جزوات آموزشی ویژه بیماران و خانواده‌های آنها و نیز دسترسی به امکانات بهداشتی در اجتماع از جمله عضویت در انجمن صرع به‌عنوان عوامل قادرکننده در نظر گرفته شدند. نتایج حاکی از افزایش معنی‌دار استفاده از این عوامل هم در گروه آزمون و هم در گروه شاهد است؛ آزمون آماری T مستقل اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه پس از مداخله نشان نمی‌دهد. آزمون مقایسه اختلاف میانگین‌ها نیز تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه در بعد از مداخله نشان نداد. در تقابل با این نتایج، یافته‌های پژوهش در مطالعات دیگر مبتنی بر تأثیر مدل پرسید و پرسید-پروسید در افزایش استفاده از عوامل قادرکننده است که از آن جمله می‌توان به مطالعات رایت و همکاران [۲۷]، تیلور و همکاران [۲۸]، آلتندر و همکاران [۲۹]، باستانی [۳۰]، جلیلی و همکاران [۲۵]، شریفی‌راد و همکاران [۳۱]، حکمت‌پو و همکاران [۳۲] اشاره نمود. عدم معنی‌داری میانگین نمرات عوامل قادرکننده در بعد از مداخله شاید به‌دلیل کمبود منابع و امکانات بهداشتی مربوط به صرع در سطح جامعه و نیز عدم تمایل بیماران برای عضویت در انجمن صرع جهت دریافت خدمات آموزشی و بهداشتی باشد که متأسفانه هیچ‌کدام از بیماران در ارزشیابی پس‌آزمون برای عضویت در این انجمن اقدام نکرده بودند.

در مطالعه حاضر عوامل تقویت‌کننده نیز مورد توجه بود. در این مداخله تشویق و حمایت خانواده، استقلال و اعتماد به نفس بیمار به‌عنوان عوامل تقویت‌کننده در نظر گرفته شدند که آزمون‌های آماری نشان‌دهنده افزایش معنی‌دار این عوامل پس از مداخله هستند که با یافته‌های پژوهش در مطالعات دیگر من‌جمله رایت

گروه در بعد از مداخله نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین‌ها بین دو گروه در آگاهی و نگرش بود (جدول ۲).

جدول ۵) توزیع فراوانی واحدهای مورد مطالعه بر حسب رعایت رژیم درمانی بعد از مداخله. آزمون من-ویتنی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر رعایت رژیم درمانی در بعد از مداخله نشان می‌دهد. در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد پس از مداخله، رعایت رژیم درمانی افزایش یافته است.

تکرار ← گروه ↓	همیشه		اغلب اوقات		گاهی اوقات		اصلاً	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آزمون	۲۳	۷۴/۲	۷	۲۲/۶	۱	۳/۲	۰	۰
شاهد	۱۶	۴۸/۱۵	۱۰	۳۰/۳	۴	۱۲/۱	۳	۹/۱
جمع	۳۹	۶۰/۹	۱۷	۲۶/۶	۵	۷/۹	۳	۴/۷
من-ویتنی	۰/۰۲							
مقدار p								

دو گروه بر اساس آزمون T مستقل، بعد از مداخله در نمرات آگاهی، نگرش، عوامل تقویت‌کننده و رفتارها تفاوت معنی‌داری را نشان دادند ($p < 0/05$) (جدول ۳). همچنین دو گروه بر اساس آزمون آماری من-ویتنی در قبل از مطالعه تفاوت معنی‌داری را از نظر رعایت دقیق رژیم درمانی نشان ندادند (جدول ۴) بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را از نظر رفتار هدف یعنی رعایت دقیق رژیم درمانی نشان دادند ($p < 0/05$; جدول ۵).

بحث

از آنجایی که پایه نظری این پژوهش مدل پرسید-پروسید است، عوامل مستعدکننده در مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک مدل پرسید-پروسید که شامل آگاهی و نگرش نمونه‌های پژوهش نسبت به بیماری بود، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مورد آگاهی به‌عنوان مهم‌ترین عامل مستعدکننده در مدل پرسید-پروسید، نتایج حاکی از افزایش معنی‌دار میانگین نمرات آگاهی در گروه آزمون پس از مداخله آموزشی نسبت به گروه شاهد بود که این یافته‌ها مؤید تأثیر آموزش براساس مدل پرسید-پروسید و پرسید در مطالعات دیگر از جمله مطالعه چیانگ و همکاران در زمینه افزایش آگاهی کودکان مبتلا به آسم [۲۶]، رایت و همکاران در زمینه افزایش آگاهی جامعه برای بهبود آگاهی از بهداشت ذهنی و جستجوی اولیه کمک برای تشخیص اختلالات خلق و سایکوز در بین افراد جوان [۲۷]، تیلور و همکاران در زمینه افزایش آگاهی زنان درباره غربالگری سرطان رحم [۲۸]، آلتندر و همکاران در زمینه افزایش آگاهی دانش‌آموزان در رابطه با ایدز [۲۹]، باستانی در زمینه افزایش آگاهی زنان باردار در رابطه با اضطراب، علایم آن و نیز روش‌های

و همکاران [۳۱]، حکمت‌پو و همکاران [۳۲] و نیز مطالعه اسجاستروم [۳۵] درخصوص رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در افراد جامعه را می‌توان نام برد.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که گروه‌های آزمون و شاهد از نظر متغیرهای جمعیتی - بهداشتی و متغیرهای مربوط به بیماری و نیز متغیرهای مرتبط با الگوی پرسید - پرسید در قبل از مداخله با یکدیگر اختلاف معنی‌دار نداشتند، بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که یافته‌های تحقیق نشان‌دهنده کاربرد مؤثر الگوی پرسید - پرسید در افزایش آگاهی، نگرش، عوامل تقویت‌کننده و رفتارهای سازگاران با بیماری در بیماران مصروع بوده و برگزاری دوره‌های آموزشی نظریه‌محور در این زمینه برای این جمعیت ثمربخش است.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر با حمایت مالی پژوهشکده علوم پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری انجام شده است. از همکاری انجمن صرع ایران برای انجام اعتبار پرسش‌نامه و نیز از همکاری بی‌شائبه آقایان دکتر جلالی، دکتر حمزه‌لوئی و دکتر سنایی‌نسب که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند و همچنین از تمامی بیماران مصروعی که در این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- ۱- بروئر لیلیان. پرستاری بیماری‌های اعصاب (پرستاری داخلی - جراحی بروئر). سامی پوران، مترجم. چاپ سوم. تهران: انتشارات بشری؛ ۱۳۸۱.
- 2- Martiniuk ALC, Speechley KN, Secco M, Campbell MK, Donner A. Evaluation of an epilepsy education program for grade 5 students: A cluster randomized trial. *Epilepsy Behav.* 2007;10(4):604-10.
- 3- Shneker BF, Fountain NB. *Epilepsy. Dis Mon.* 2003;49(7):426-78.
- ۴- ناینیان محمدرضا. مقایسه برخی فرآیندهای شناختی در بیماران صرعی قبل و پس از درمان. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار. ۱۳۸۳؛۱۱(۷):۲۲-۱۷.
- ۵- ابراهیمی‌میمند حسینی، نیکیان بداله. بررسی ۱۰۴۰ مورد صرع و وضعیت‌های همراه آن. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۶؛۱۵(۴):۵۰-۱۴۵.
- 6- Boer HM, Prilipko LL, Saxena S. Epilepsy care in the world: Results of an ILAE/IBE/WHO global campaign against epilepsy survey. *Epilepsia.* 2006;47(7):1225-31.
- 7- Sander JW. The incidence and prevalence of epilepsy. *Epilepsy library of articles, National Society for Epilepsy*; 2005. Available from: <http://www.epilepsy.org>.
- 8- Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Davidian H, Mohammadi M, Norouzian M. Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure.* 2006;15(7):476-82.

و همکاران [۲۷]، جلیلی و همکاران [۲۵]، باستانی [۳۰]، شریفی‌راد و همکاران [۳۱]، حکمت‌پو و همکاران [۳۲] همخوانی دارد.

در رابطه با عوامل رفتاری، رعایت دقیق رژیم درمانی به‌عنوان رفتار هدف در ماتریکس رفتاری مدل پرسید - پرسید که بر مبنای اهمیت و تغییرپذیری بنا شده بود تعیین گردید. مطالعات نیز نشان می‌دهد که کنترل تشنجات در بیماران مصروع به‌عنوان مهم‌ترین پیامد بالینی در این بیماری در نظر گرفته می‌شود و هنوز استفاده از داروهای ضد تشنج همیشه موفقیت‌آمیز نیست. حدود ۳۰ تا ۴۰٪ از بیماران علی‌رغم مداخله دارویی تشنجات‌شان کنترل نمی‌شود. قابلیت پذیرش ضعیف داروهای ضد تشنج بخش بزرگی از این مشکل را تشکیل می‌دهد و بر کارایی و کفایت کلی درمان تأثیر می‌گذارد. شرایط ناخوشی در بسیاری از این بیماران وجود دارد و مدیریت مناسب می‌تواند کنترل تشنج و کیفیت زندگی را بهبود بخشد [۳۳]. در مطالعه ما نیز در قبل از مداخله فقط ۴۳/۸٪ از کل واحدها اظهار داشتند که داروهایشان را به‌طور منظم مصرف می‌کنند (به ترتیب ۴۱/۹٪ و ۴۵/۵٪ در گروه آزمون و شاهد). آزمون من‌ویستی در قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر رعایت رژیم درمانی نشان نداد. اما پس از مداخله ۶۰/۹٪ از کل واحدها اظهار داشتند که داروهایشان را به‌طور منظم مصرف می‌کنند (به ترتیب ۷۴/۲٪ و ۴۸/۱۵٪ در گروه آزمون و شاهد). نتایج حاکی از اختلاف معنی‌دار بین گروه آزمون و شاهد در بعد از مداخله است. در مطالعه راییت و همکاران نیز افزایش مختصر و نه چشم‌گیری در هدف رفتاری جستجوی کمک در طی اجرای برنامه در منطقه هدف مشاهده شد [۲۷].

در پژوهش حاضر رفتارهای مقابله‌ای دیگر نیز مورد توجه بود که در رفتارهای غیرهدف نیز پس از مداخله بهبود چشم‌گیر و معنی‌داری ایجاد شده است. در توجیه این یافته‌ها نتایج مطالعه دیلوریو و همکاران نشان می‌دهد که اجرای موفق راه‌کارهایی برای کنترل تشنجات و عواقب آنها اعتماد افراد را در توانایی برای مدیریت صرع در آینده افزایش می‌دهد. در واقع جوانب مؤثر رفتارها اغلب اطمینان افراد را در توانایی برای حفظ رفتارها تحت تأثیر قرار می‌دهد. *باندورا* می‌گوید که اجرای رفتار، قوی‌ترین منبع کفایت اطلاعات است، زیرا آن مستقیماً از تجارب ماهرانه ناشی می‌شود. با اجرای رفتارها، افراد مهارتی را که در اجرای مداوم رفتار مهم هستند توسعه می‌دهند و تصحیح می‌کنند [۳۴]. در هر حال، وجود این اختلاف معنی‌دار در زمینه رفتاری بین گروه آزمون و شاهد تأییدکننده نتایج تحقیقات دیگر در زمینه به‌کارگیری مدل پرسید و پرسید - پرسید برای تغییر رفتار در جهت مورد نظر است. در این زمینه تحقیقات جلیلی و همکاران [۲۵]، چیانگ و همکاران [۲۶]، راییت و همکاران [۲۷]، تیلور و همکاران [۲۸]، آلتندر و همکاران [۲۹]، باستانی [۳۰]، شریفی‌راد

An educational ecological approach. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.

۲۴- حیدرنیا علیرضا. مباحثی در فرآیند آموزش بهداشت. تهران: انتشارات زمانی ناصر؛ ۱۳۸۲.

۲۵- جلیلی زهرا، حیدرنیا علیرضا، فقیهزاده سقراط، دبیری شهریار، هزاوه محمدمهدی، محمدعلیزاده سکینه. کنترل کم‌خونی فقر آهن در کودکان ۵-۱ ساله با استفاده از الگوی آموزشی پرسید در شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد. ۱۳۸۰؛۹(۴):۷۶-۶۷.

26- Chiang LC, Huang JL, Lu CM. Educational diagnosis of self-management behaviors of parents with asthmatic children by triangulation based on Precede-Proceed model in Taiwan. Patient Educ Couns. 2003;49(1):19-25.

27- Wright A, McGorry P, Harris MG, Jorm AF, Pennell K. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign: The compass strategy. BMC Public Health. 2006;6:215.

28- Taylor VM, Schwartz SM, Jackson JC, Kuniyuki A, Fischer M, Yasui Y, et al. Cervical cancer screening among Cambodian-American women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1999;8(6):541-6.

29- Alteneder RR, Price JH, Telljohann SK, Didion J, Locher A. Using the Precede model to determine junior high school students' knowledge, attitudes and beliefs about AIDS. J Sch Health. 1992;62(10):464-70.

۳۰- باستانی فریده. تأثیر آموزش تنش‌زدایی بر مبنای سنتز مدل پرسید با مدل باور بهداشتی و تئوری خودکارآمدی در کاهش اضطراب و نتایج حاملگی در زنان باردار [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۳.

۳۱- شریفی‌راد غلامرضا، حیدرنیا علیرضا، دلیمی‌اصل عبدالحسین، غفرانی‌پور فضل‌اله. تأثیر آموزش بهداشت در کاهش میزان آلودگی انگلی رودهای در شهر ایلام با استفاده از مدل پرسید. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد. ۱۳۸۰؛۹(۴):۸۰-۷۵.

۳۲- حکمت‌پو داود، غفرانی‌پور فضل‌اله، دوامی محمدحسن، دیدگر فرشیده، رفیعی محمد. بررسی تأثیر آموزش بهداشت در کاهش میزان آلودگی‌های انگلی رودهای مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر اراک (سال ۱۳۸۰). ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی. ۱۳۸۳؛۱۱(۵۰):۳۰-۲۱.

33- Bazil CW. Comprehensive care of the epilepsy patient-control, comorbidity and cost. Epilepsia. 2004;45(6):3-12.

34- DiIorio C, Osborne SP, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K, et al. Behavioral, social and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. Epilepsy Behav. 2006;9(1):158-63.

35- Sjostrom M, Karlsson AB, Kaati G, Yngve A, Green LW, Bygren LO. A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: Effective application of principles of learning and lifestyle change. Eur J Clin Nutr. 1999;53(2):72-7.

۹- محمدی محمدرضا، رهگذر مهدی، باقری‌یزدی سیدعباس. همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۸۲؛۹(۲):۴-۱۳.

10- Paschal AM, Hawley SR, Romain T, Liow K, Molgaard CA, Sly J, et al. Epilepsy patients' perceptions about stigma, education and awareness: Preliminary responses based on a community participatory approach. Epilepsy Behav. 2007;11(3):329-37.

11- Minshall I, Smith D. The impact of a citywide audit with educational intervention on the care of patients with epilepsy. Seizure. 2008;17(3):261-8.

12- Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments. Pharmacoeconomics. 2002;20(15):1039-59.

13- Raty LKA, Wilde Larsson BM. Quality of life in young adults with uncomplicated epilepsy. Epilepsy Behav. 2007;10(1):142-7.

14- Wheless JW. Intractable epilepsy: A survey of patients and caregivers. Epilepsy Behav. 2006;8:756-64.

15- Wohlrab GC, Rinner S, BeEndorf U, Fischbach H, Heinen G, Klein P, et al. Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parents. Epilepsy Behav. 2007;10(1):44-8.

16- Admi H, Shaham B. Living with epilepsy: Ordinary people coping with extraordinary situations. Qual Health Res. 2007;17(9):1178-87.

۱۷- کلانتری پروانه. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر میزان شناخت و نگرش کودکان ۱۴-۶ سال مبتلا به صرع و والدین آنها، مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های داخلی اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۳-۸۲ [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران؛ ۱۳۸۳.

18- Legion V. Health education for self-management by people with epilepsy. J Neurosci Nurs. 1991;23(5):300-5.

19- Shakeshaft AP, Frankish CJ. Using patient-driven computers to provide cost-effective prevention in primary care: A conceptual framework. Health Promot Int. 2003;18(1):67-77.

20- Hale Gf. Application of the Precede-Proceed model for comprehensive community assessment, education programming and evaluation in a combat hospital community during the Gulf war. Home Health Care Manage Prac. 1998;11(1):52-65.

21- Mirtz TA, Thompson MA, Green L, Wyatt LA, Akagi CG. Adolescent idiopathic scoliosis screening for school, community and clinical health promotion practice utilizing the Precede-Proceed model. Chiropr Osteopat. 2005;13:25.

22- Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Leveque A, et al. A model for analysis, systemic planning and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo: A vision for action. Hum Resour Health. 2004;2:16.

23- Green LW, Kreuter MW. Health program planning: