

دانشور

پزشکی

بررسی به‌کارگیری الگوی پرسید- پروسید بر کیفیت زندگی بیماران مصروع مراجعه کننده به بیمارستان بقیه ا... (عج) تهران

نویسندگان: زینب نادری*^۱، فرزانه ذیقیمت^۲، عباس عبادی^۳، دکتر حسین کچوئی^۴
و سودابه مهدی‌زاده^۵

۱. مربی دانشکده پرستاری مامایی رازی کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
 ۲. مربی دانشکده پرستاری بقیه ا... (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
 ۳. استادیار دانشکده پرستاری بقیه ا... (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
 ۴. دانشیار دانشکده پزشکی بقیه ا... (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
 ۵. مربی دانشکده پرستاری مامایی زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- نویسنده مسئول: *E-mail: naderi_zeinab@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: بررسی حاضر با هدف تعیین میزان کاربرد الگوی پرسید- پروسید در بهبود کیفیت زندگی بیماران مصروع مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه ا... (عج) تهران انجام شده است.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه تجربی، ۶۴ بیمار مبتلا به صرع بزرگ که در سنین هجده تا پنجاه سال قرار داشتند به روش توزیع تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برنامه آموزشی با بهره‌گیری از الگوی پرسید- پروسید برای آموزش بیماران در گروه آزمون تدوین شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته شامل سؤالات اجتماعی و بهداشتی مرتبط با بیماری صرع و نیز پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی صرع -31-Problems(QOLIE-31) (Quality Of Life In Epilepsy-31-Problems) (P) بود. اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه‌ها طی مصاحبه ساختاریافته با نمونه‌های منتخب در دو نوبت قبل از مداخله آموزشی و دو ماه بعد از آن جمع‌آوری شود.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان می‌دهد، پس از اجرای الگوی پرسید- پروسید، میانگین نمره کیفیت زندگی کل در گروه آزمون (۶۵/۶۱) نسبت به گروه شاهد (۵۲/۷۵) افزایش معناداری داشته است ($P = 0/01$) و در هر دو بُعد پزشکی-اجتماعی و روحی- روانی و تمامی حیطه‌های آن به‌جز دو حیطه فعالیت ذهنی و نگرانی درباره تشنج نیز افزایش معناداری مشاهده می‌شود. علاوه بر این پس از مداخله افزایش معناداری در میانگین نمره کل کیفیت زندگی و نیز نمرات تمامی ابعاد و حیطه‌های کیفیت زندگی به استثنای حیطه فعالیت ذهنی در بیماران گروه آزمون دیده شد ($P < 0/05$)، در حالی که، در نمرات کیفیت زندگی گروه شاهد در هیچ موردی افزایش معنی دار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج، مؤثر بودن به‌کارگیری الگوی پرسید- پروسید در افزایش کیفیت زندگی بیماران مصروع را نشان می‌دهد و برگزاری دوره‌های آموزشی تئوری محور در این زمینه، برای این جمعیت ثمربخش است.

واژگان کلیدی: صرع، کیفیت زندگی، الگوی پرسید- پروسید

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - شماره ۸۲
شهریور ۱۳۸۸

وصول: ۸۸/۲/۶
آخرین اصلاحات: ۸۸/۳/۱۰
پذیرش: ۸۸/۵/۲۴

مقدمه

صرع یک موقعیت مزمن؛ با اثرات بالقوه مهم روی طیف وسیعی از جوانب گوناگون کیفیت زندگی است [۱]. کیفیت زندگی در افراد مصروع نسبت به جمعیت عمومی پایین تر بوده و مانند یا حتی بدتر از کیفیت زندگی سایر بیمارانی است که بیماری مزمن دیگری دارند [۲]. به عقیده افراد مصروع، کیفیت زندگی در صرع با متغیرهای روانی اجتماعی، سلامتی، بهداشت، خانواده، ارتباطات فردی، رشد فردی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، فعالیت اجتماعی و به رسمیت شناخته شدن در اجتماع همراه است [۳]. در حقیقت، صرع شرایطی استثنایی ایجاد می کند که مانع از توانایی فرد برای وارد شدن به جامعه در چندین سطح می شود [۴]. بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به عنوان یک جزء ضروری و اساسی در درمان بیماران مصروع شناخته شده است [۵]، زیرا شناخت از تأثیر پیچیده ای که صرع می تواند بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد، افزایش یافته است [۳]. در مدیریت جامع درمانی بیماری های مزمن، برنامه های آموزشی برای بیماران، والدین بچه های مصروع (مراقبت دهندگان) بسیار مهم به شمار می آید [۶]. هدف اولیه مدیریت صرع، توانمند کردن بیمار برای هدایت سبک زندگی خود بدون تأثیر عوارض دارویی و روانی تشنج ها در حد ممکن است. این رویکرد سبب بهبود کیفیت زندگی بیمار، خانواده و جامعه می شود [۷]. در حقیقت، هدف اولیه از اجرای برنامه بهداشت برای جامعه، پی گیری یک فرمول درست و واضح است افزایش کیفیت زندگی و وضعیت بهداشتی است با انجام آنچه که برای پیش گیری یا کاهش بیماری و صدمه ضروری است [۸]. الگوی پرسید-پروسید (PRECEDE-PROCEED) یک مدل برنامه ریزی است که ساختاری را برای کاربرد نظریه ها ارائه می دهد. بنابراین مناسب ترین راهبردها مداخله ای را که می تواند شناسایی و اجرا شود، نشان می دهد [۹]. این چارچوب دارای دو جزء است. اول، مجموعه ای از مراحل که شامل یک سری ارزیابی های طراحی شده است که اطلاعاتی را تولید می کند که برای تصمیم گیری های بعدی استفاده می شوند. این مجموعه از مراحل شامل بررسی و دسته بندی قابل ملاحظه همه عوامل است و به جزء پرسید مدل (یعنی عوامل مستعدکننده، تقویت کننده و قادرکننده در

تشخیص آموزشی یا اکولوژیکی و ارزیابی) برمی گردد. جزء دوم، به وسیله اجرای راهبردی فعالیت های چندگانه براساس آنچه که از ارزیابی ها در مرحله اول فرا گرفته شده است، مشخص می شود. این جزء دوم پرسید نامیده شده و برای ساختارهای سیاسی، قانونی و سازمانی در توسعه آموزشی و محیطی به کار می رود [۸]. این مدل برای برنامه ریزی در ارتقاء بهداشت؛ همچنین برای هر نوع مداخله دیگری که بر کیفیت زندگی و پیامدهای بهداشتی جامعه یا مراکز خانگی مؤثر است، به کار رود [۱۰]. به کارگیری پرسید و پروسید در کنار هم، مجموعه مداومی از مراحل یا گام های برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی را ارائه می دهد. شناسایی اولویت های ایجاد شده در جزء پرسید، به شناسایی اهداف ویژه کمی منجر می شود که به اهداف مقاصد در مرحله اجرایی جزء پرسید تبدیل می شوند. این اهداف و مقاصد، تبدیل به استانداردهایی برای قابلیت پذیرش یا معیار موفقیت برای ارزیابی برنامه می شوند [۸]. در این مطالعه از الگوی پرسید-پروسید به عنوان چارچوب مداخله آموزشی در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران مصروع استفاده شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه شاهد انجام شد. این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی با مداخله براساس آموزش تئوری محور است که به بررسی تأثیر آموزش براساس الگوی پرسید-پروسید بر کیفیت زندگی بیماران مصروع مراجعه کننده به درمانگاه داخلی اعصاب بیمارستان بقیه ا... الاعظم (عج) تهران پرداخته است. حجم نمونه با استفاده از نورموگرام آتمن با حدود اطمینان ۹۵ درصد، توان مطالعه ۹۰ درصد و با توجه به نتایج مطالعات مشابه ($X_1=12/4$, $X_2=28/9$, $SD=3/9$) (۱۱) و با احتساب ده درصد ریزش نمونه ها، برای هر گروه، ۳۵ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: گروه سنی هجده تا پنجاه سال، کمترین سطح تحصیلات پایان دوره ابتدایی، فقدان اختلالات شدید روانی و دست کم گذشت یکسال از ابتلا افراد مورد پژوهش به بیماری صرع و این که افراد همزمان در هیچ تحقیق مشابهی شرکت نکرده باشند. پس از انتخاب

آن را به فارسی ترجمه و گروه تحقیق دو نسخه را تلفیق و همسانی کرده و دوباره دو متخصص دیگر (غیر از مترجمان اولیه) آن را به زبان انگلیسی برگرداندند. با تلفیق برگردان‌های انگلیسی، نسخه نهایی برای طراح ابزار ارسال و پس از اعمال نظرات ایشان، اعتبار صوری و محتوی آن تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه نیز با آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/88$) تأیید شد. در چارچوب الگوی پرسید-پروسید، پایین بودن کیفیت زندگی افراد مصروع، به‌عنوان مهم‌ترین مشکل بهداشتی در نظر گرفته شد و عوامل فردی، رفتاری و محیطی مؤثر بر این وضعیت بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله تشخیص رفتاری بر پایه اهمیت و تغییرپذیری، رعایت دقیق رژیم درمانی به‌عنوان رفتار هدف مشخص شد. سپس، در مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیکی عوامل مستعدکننده، شامل آگاهی و نگرش بیماران و تقویت‌کننده شامل تشویق و حمایت خانواده و کارکنان بهداشتی از فرد مصروع، میزان اعتماد به نفس، استقلال فرد و نیز آگاهی از وجود کلاس‌های آموزشی برای ادامه رفتارهای درست و قادرکننده شامل امکان استفاده از منابع آموزشی و مؤسسه‌های بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گرفتند و براساس آن اهداف ویژه برنامه مشخص شد و پس از بررسی‌های مقدماتی و هماهنگی‌های لازم، برنامه آموزشی برای گروه آزمون تهیه و اجرا و دو جلسه دو ساعته برگزار شد. در مجموع برای گروه آزمون با توجه به تعداد افراد شرکت‌کننده، پنج جلسه گروهی (متشکل از گروه‌های پنج تا هشت نفره) تشکیل شد. برنامه آموزشی با ترکیبی از چند روش از جمله شیوه سخنرانی کوتاه‌مدت، بحث گروهی و پرسش و پاسخ ارائه 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، رعایت رژیم درمانی) به بیماران آموزش داده شد. در حین اجرای برنامه آموزشی پیشرفت آن از نظر اهداف از پیش تعیین‌شده به‌طور منظم مورد ارزشیابی قرار می‌گرفت. راهبردهای آموزشی، فنون آموزشی، شرایط اجرای برنامه، میزان پیشرفت فراگیران، نقاط قوت و ضعف برنامه و تأثیر آموزش تمامی بیماران از جمله مواردی بود که مورد سنجش قرار می‌گرفت. این ارزشیابی امکانی را

نمونه‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و کسب رضایت آگاهانه از آنها برای شرکت در تحقیق، داده‌ها گردآوری شد. ابتدا هفتاد بیمار وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل کردند و براساس معیارهای ورودی مطالعه و به روش توزیع تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. از این افراد چهار نفر از گروه آزمون در جلسه‌های آموزشی به‌طور کامل شرکت نکردند و فقط ۳۱ نفر از آنها تا پایان در مطالعه حضور داشتند و از گروه شاهد نیز دو 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 رسید (۳۱ نفر در گروه آزمون و ۳۳ نفر در گروه شاهد). ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه خودساخته (شامل سؤالات اجتماعی و بهداشتی مرتبط با بیماری صرع) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی اختصاصی صرع (QOLIE-31-P) بود. پرسش‌نامه خودساخته با بهره‌گیری از روش روایی محتوی و صوری و استفاده از پانل متخصصان شامل ۲۲ نفر از اساتید و متخصصان آموزش بهداشت، مغز و اعصاب و پرستاری دانشگاه‌های مختلف کشور بررسی شد. پایایی آن به روش آزمون دوباره اندازه‌گیری شد که ضریب همبستگی آن برابر با ۰/۸ بود ($r=0/8$). پرسش‌نامه QOLIE-31-P شامل هفت حیطه و یک سؤال اضافی درباره وضعیت کلی سلامتی بیماران است. حیطه‌های این پرسش‌نامه عبارتند از: میزان انرژی/خستگی (پنج سؤال)، سلامت عاطفی (شش سؤال)، فعالیت‌های روزانه (شش سؤال)، فعالیت ذهنی و عملکرد شناختی (هفت سؤال)، عوارض دارویی (چهار سؤال)، نگرانی درباره تشنج (شش سؤال)، کیفیت کلی زندگی (سه سؤال). این توضیح لازم است که پرسش‌نامه دارای دو بُعد روحی روانی و پزشکی اجتماعی است که بُعد روحی روانی شامل حیطه‌های نگرانی درباره تشنج، کیفیت کلی زندگی، سلامت عاطفی و میزان انرژی/خستگی است. بُعد پزشکی اجتماعی نیز شامل حیطه‌های عوارض دارویی، فعالیت‌های روزانه و فعالیت ذهنی است. برای تعیین اعتبار علمی این پرسش‌نامه نیز از روش اعتبار محتوا و صوری استفاده شد. به این منظور، پس از کسب اجازه از طراح این ابزار خانم کرامر، به روش برگشتی (Backward Translation) دو تن از متخصصان مربوطه که تسلط کافی به زبان انگلیسی داشتند،

پنجاه درصد) و میانگین میزان درآمد ماهیانه بیماران بین ۲۹۰ تا ۳۲۰ هزار تومان بود. بیشتر بیماران در خانواده و اقوام خود سابقه‌ای از ابتلا به صرع نداشتند (۶۵/۶ درصد) و میانگین و انحراف معیار سن شروع بیماری در آنها به ترتیب ۱۶/۶ و ۱۰/۵ بود. گروه‌های آزمون و شاهد از نظر متغیرهای جمعیتی - بهداشتی شامل سن، سن شروع بیماری، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تغییر شغل و دلیل آن، وضعیت زندگی، سابقه خانوادگی ابتلا به صرع، وضعیت اقتصادی و میزان درآمد، سن شروع بیماری و نیز نمرات کیفیت زندگی قبل از مداخله با یکدیگر، اختلاف معناداری نداشته‌اند ($P > 0/05$) (جدول ۱)، اما پس از مداخله آزمون تی زوجی در گروه آزمون افزایش معناداری را در شش حیطه از کیفیت زندگی از جمله حیطه انرژی ($P < 0/001$)، احساسات و عواطف ($P < 0/002$)، فعالیت‌های روزانه ($P < 0/003$)، عوارض دارویی ($P < 0/001$) و در دو بُعد کیفیت زندگی یعنی بُعد روحی - روانی ($P < 0/001$) و پزشکی - اجتماعی ($P < 0/001$) و همچنین در نمره کیفیت زندگی کل ($P < 0/001$) نشان داد. این آزمون در گروه شاهد، قبل و بعد از مداخله در هیچ موردی تفاوت معناداری را نشان نداد ($P > 0/05$). دو گروه بعد از مداخله در نمرات پنج حیطه از کیفیت زندگی یعنی حیطه‌های انرژی، احساسات و عواطف، فعالیت‌های روزانه، عوارض دارویی و کیفیت کلی زندگی و نیز در هر دو بُعد کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی براساس آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را نشان دادند ($P < 0/05$) (جدول ۲).

فراهم می‌ساخت که برنامه آموزشی طبق نیازهای بهداشتی فراگیران و هماهنگ با اهداف از پیش تعیین شده ادامه یابد. در پایان جلسه‌ها، دو جزوه آموزشی راهنمای بیماران و راهنمای خانواده در اختیار هر یک از افراد مورد پژوهش قرار داده می‌شد. در نهایت، هشت هفته پس از اجرای برنامه آموزشی، ارزشیابی دیگری به‌عنوان پس‌آزمون انجام گرفت و میزان دستیابی به اهداف آموزشی برای واحدهای مورد پژوهش مشخص شده و اطلاعات حاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سپس با نتایج پس‌آزمون در گروه شاهد مقایسه شد. در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی، آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، کای اسکوئر و من ویتنی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۴ بیمار مصروع با توزیع تصادفی در دو گروه آزمون ۳۱ نفر و شاهد ۳۳ نفر قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران به ترتیب ۲۷/۰۱ و ۹/۹ بود. بیشتر واحدهای مورد پژوهش مرد (۶۸/۸ درصد)، مجرد (۶۰/۹ درصد) و بیکار (۲۹/۷ درصد) بوده یا شغل آزاد (۲۳/۴ درصد) داشتند. بیشتر آنها تغییر شغل نداشته‌اند (۷۰/۳ درصد) و علت تغییر شغل فقط ۴۲/۱ درصد بیماری صرع بوده است. تحصیلات بیشتر واحدها در سطح متوسطه (۲۹/۷ درصد) یا دیپلم (۲۵ درصد) بود. بیشتر آنها با والدین خود زندگی می‌کردند (۶۴/۱ درصد)، نیمی از آنها از وضعیت اقتصادی متوسطی برخوردار بودند

جدول ۱. مقایسه حیطه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله

گروه شاهد Mean±SD	گروه آزمون Mean±SD	
۵۴/۴ ± ۲۸/۸	۵۵/۹ ± ۲۱/۷	انرژی
۵۵/۰۵ ± ۲۶/۶	۵۵/۰۲ ± ۱۹/۷	احساسات و عواطف
۶۲/۶ ± ۲۹/۲	۷۳/۳ ± ۲۵/۶	فعالیت‌های روزانه
۵۳/۴ ± ۳۰/۸	۵۴/۲ ± ۲۷/۵	فعالیت‌های ذهنی
۵۱/۷ ± ۳۰/۶	۴۸/۵ ± ۲۴/۶	عوارض دارویی
۴۵/۸ ± ۳۴/۳	۴۴/۹ ± ۲۹/۲	نگرانی درباره تشنج
۵۶/۳ ± ۲۵/۵	۶۰/۳ ± ۲۱/۱	کیفیت کلی زندگی
۵۲/۹ ± ۲۴/۱	۵۴/۰۶ ± ۱۹/۰۱	بُعد روحی روانی
۵۶/۰۵ ± ۲۷/۲	۵۸/۷ ± ۲۱/۱	بُعد پزشکی اجتماعی
۵۴/۶ ± ۲۳/۷	۵۶/۳ ± ۱۷/۶	کیفیت زندگی کل

آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نمی‌دهد ($P > 0/05$).

جدول ۲. مقایسه حیطه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله

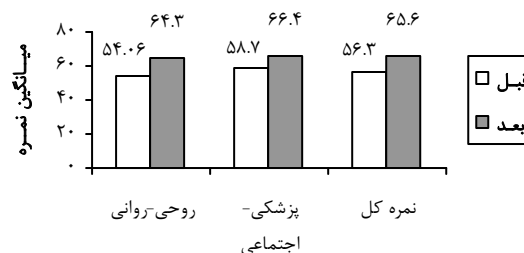
گروه شاهد	گروه آزمون	
Mean±SD	Mean±SD	
۵۲/۶ ± ۲۳/۹	۶۸/۲ ± ۱۴/۸	انرژی †
۵۳/۶ ± ۲۳/۵	۶۳/۴ ± ۱۴/۴	احساسات و عواطف †
۶۲/۶ ± ۲۸/۶	۸۰/۵ ± ۲۰/۷	فعالیت های روزانه †
۵۴/۱ ± ۲۶/۸	۵۸/۲ ± ۲۶/۶	فعالیت های ذهنی ‡
۴۶/۶ ± ۲۹/۵	۶۰/۶ ± ۲۰/۸	عوارض دارویی †
۴۷/۰۶ ± ۳۴/۱	۵۲/۱ ± ۳۰/۵	نگرانی درباره تشنج ‡
۵۵/۹ ± ۲۴/۹	۷۳/۵ ± ۱۷/۹	کیفیت کلی زندگی †
۵۲/۳ ± ۲۳/۱	۶۴/۳ ± ۱۴/۶	بُعد روحی روانی †
۵۴/۴ ± ۲۵/۵	۶۶/۴ ± ۱۸/۵	بُعد پزشکی اجتماعی †
۵۳/۷ ± ۲۳/۵	۶۵/۶ ± ۱۴/۳	کیفیت زندگی کل †

†آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان می دهد ($P < 0.05$).

‡آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان نمی دهد ($P > 0.05$).

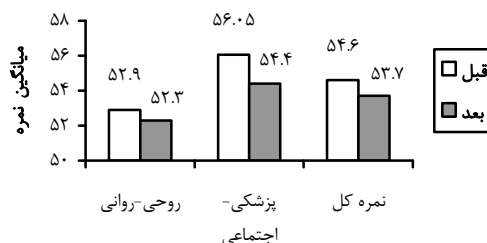
بحث

از آنجا که پایه نظریه‌ای این پژوهش مدل پرسید-پروسید است، در تشخیص اپیدمیولوژیکی باید مشکل بهداشتی شناسایی شود. بنابراین با توجه به این که بسیاری از تحقیقات اخیر نشان داده‌اند کیفیت زندگی افراد مصروع پایین است، این مسئله به‌عنوان یک مشکل جدی تشخیص داده شد. اثرات صرع روی زندگی روزانه، شامل اثرات روان‌شناختی (ترس‌ها و نگرانی‌ها)، اجتماعی (تهایی، نگرش‌ها، طرز برخورد و رفتارها)، اقتصادی (به‌دست آوردن شغل، درآمد پایین) و محدودیت‌های گوناگون (باطل شدن مجوز رانندگی، فعالیت‌های اوقات فراغت) هستند. اغلب مطالعات گذشته نشان دادند که صرع موجب بدنامی است و روی کیفیت زندگی فرد و به‌طور اساسی بر وضعیت اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان و همچنین بزرگسالان مصروع اثر می‌گذارد [۱۲]. در این پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی کل قبل از مداخله در گروه آزمون ۵۶/۳ (۱۷/۶ درصد) و در گروه شاهد ۵۴/۶ (۲۳/۷ درصد) بود و آزمون تی مستقل اختلاف معناداری بین دو گروه در قبل از مداخله نشان نداد ($P=0.07$). در مطالعه سانجیو (Sanjeev) نیز که از پرسش‌نامه ۳۱ سؤالی کیفیت زندگی اختصاصی صرع (QOLIE-31) استفاده کرد، نمره کلی کیفیت زندگی از ۲۲/۶ تا ۹۴/۴



ابعاد کیفیت زندگی

نمودار ۱. مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون



ابعاد کیفیت زندگی

نمودار ۲. مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد

(Alteneder)، تیلور (Taylor)، سان (Sun)، رایت (Wright)، چیانگ (Chiang)، پولسین (Polcyn)، هاوات (Howat)، جیمبا (Jimba)، اسجاستروم (Sjöström)، بروزا (Brosseau)، ترمبلی (Tremblay)، جیمبا و جوشی (Jimba & Joshi)، دیل (Dille)، فوجی (Fujii) و همکارانشان [۱۱، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶] اشاره کرد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان گفت در راستای اهداف تحقیق، فرضیه پژوهش تأیید شد، به این معنا که به کارگیری الگوی پرسید-پروسید به افزایش کیفیت زندگی بیماران مصروع منجر می‌شود. از آنجا که گروه‌های آزمون و شاهد از نظر متغیرهای جمعیتی-بهداشتی و نیز نمرات کیفیت زندگی قبل از مداخله با یکدیگر اختلاف معنادار نداشته‌اند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که یافته‌های تحقیق نشان‌دهنده کاربرد مؤثر الگوی پرسید-پروسید در افزایش کیفیت زندگی بیماران مصروع و سودمند بودن برگزاری کلاس‌های آموزشی تئوری محور برای این افراد است.

تشکر

پژوهش حاضر با حمایت مالی پژوهشکده طب نظامی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) انجام شده است. از همکاری انجمن صرع ایران که ما را در انجام پایایی پرسش‌نامه و نیز از همکاری‌های بی‌شائبه آقایان دکتر جلالی، دکتر حمزه‌لویی و دکتر سنایی‌نسب که ما را در انجام پژوهش یاری کردند و همچنین از تمامی بیماران مصروعی که در این پژوهش شرکت داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Baker G A, Jacoby A, Gorry J, Doughty J, Ellina V. SIGN Group, Quality of Life of Peopole with Epilepsy in Iran, the Gulf and Near East. *Epilepsia* 2005;1: 132- 40.
2. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments. *Pharmacoeconomics*. 2002.15:1039-59.
3. Raty L K.A, Wilde Larsson B M. Quality of life in young adults with uncomplicated epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2007;1:142-7.

(متوسط $5/8 \pm 6/8$) متغیر بود [۱۳]. همچنین در مطالعه آرگریو (Argyrio) و همکاران میزان انرژی و قدرت ($P < 0/002$)، عملکرد جسمی ($P < 0/001$) و عملکرد اجتماعی ($P < 0/003$) به عنوان زیر حیطه‌هایی از کیفیت زندگی بودند که تحت تأثیر صرع قرار گرفته و در بیماران مصروع خیلی کاهش یافته بودند [۱۴]. در مطالعه باکر (Baker) و همکاران نیز وضعیت سلامتی گزارش شده در بیماران مصروع در مقایسه با افراد عادی، به‌ویژه عملکرد جسمی، اجتماعی، میزان انرژی و سرزندگی آنان کاهش یافته بود و بیش از چهل درصد همه پاسخ‌دهندگان سطوح بالایی از عوارض جانبی داروها را که به‌طور عموم عوارض عصبی هستند، مانند سردرد و خستگی گزارش کردند [۱]. در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی کل بعد از مداخله به ترتیب $65/6$ ($14/3$) درصد و $53/7$ ($23/5$) درصد در گروه آزمون و شاهد بود و آزمون تی مستقل بین دو گروه آزمون و شاهد، اختلاف معناداری را پس از مداخله نشان داد ($P = 0/01$). در توافق با این یافته‌ها، در مطالعه گیونتر (Gunter) و همکاران نیز، کیفیت کلی زندگی بیماران مصروع در گروه آزمون پس از مداخله آموزشی بهبود معناداری یافت ($P < 0/06$) [۱۵]. در مطالعه شور (Shore) و همکاران، هم والدین و هم بچه‌ها در نمره‌های کیفیت زندگی در یک و شش ماه بعد از حضور در برنامه بهبود نشان دادند [۱۶]. مطالعه‌ای نیز اثرات چشمگیر و مهم یک برنامه مداخله پرستاری را بر پارامترهای کیفیت زندگی در بیماران مصروعی که بیماری آن‌ها کنترل نشده، نشان داده است [۱۷]. پرامیوکا (Pramuka) و همکاران نیز کارایی یک مداخله شش هفته‌ای روانی اجتماعی طراحی شده برای بهبود خودکفایتی و کیفیت زندگی ۶۱ بیمار بزرگسال با تشخیص صرع را بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان‌دهنده بهبود معنادار در محدودیت‌های نقش بیماران و نیز بهبود نمرات احساسات و عواطف بیماران در پی‌گیری بود اما تفاوت معنادار در کیفیت کلی زندگی بیماران وجود نداشت [۱۸]. نتایج این تحقیق در افزایش کیفیت زندگی بیماران مصروع تأییدکننده نتایج مطالعات دیگر در زمینه تأثیر مدل پرسید و پرسید-پروسید در کاهش سایر مشکلات بهداشتی است و از آن جمله می‌توان به مطالعات جلیلی، شریفی‌راد، باستانی، لسان، حکمت‌پو، دهقانی، نگارنده، هدایتی، آلتندر

4. Allotey P, Reidpath D. Epilepsy, Culture, Identity and Well-being: A Study of the Social, Cultural and Environmental Context of Epilepsy in Cameroon. *J Health Psychol* 2007;3: 431-43.
5. Privitera M, Ficker DM, Assessment of adverse events and quality of life in epilepsy: design of a new community-based trial. *Epilepsy & Behavior* 2004;6: 841-6.
6. Wohlrab GC, Rinnert S, Bettendorf U, Fischbach H, Heinen G, Klein P, et al. Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parents. *Epilepsy & Behavior* 2007;1: 44-8.
7. Schachter SC. Epilepsy: Quality of Life and Cost of Care. *Epilepsy Behav* 2000;2:120-7.
8. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: an educational ecological approach/ 4th ed. New York: Mc Graw Hill 2005;P: 7- 17, 22, 23.
9. 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.
10. 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;1: 52-65.
11. Jalili Z, Heidar Nia AR, Faghih Zadeh S, Dabiri Sh, Hazavei MM, Mohammad Alizadeh S. Comparison of the efficacy of three methods of control of Iron deficiency anemia (IDA) in children aged 1-5. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2002; 9:67-76.
12. Due T, de Boer H M, Prilipko L L, Saxena S. Epilepsy Care in the World: Results of an ILAE/IBE/WHO Global Campaign Against Epilepsy Survey. *Epilepsia*. 2006; 7:1225-31.
13. Sanjeev V T, Samuel K, Nair CR S, Sankara P S. Frequent seizures and polytherapy can impair quality of life in persons with epilepsy. *Neurology India* 2005;1: 46-50.
14. Argyriou AA, Papapetropoulos S, Polychronopoulos P, Corcondilas M, Argyriou K, Heras P. Psychosocial effects and evaluation of the health-related quality of life in patients suffering from well-controlled epilepsy. *J Neurol* 2004; 3: 310-3.
15. Gunter MJ, Brixner D, Worley AV, Carter S, Gregory C. Impact of a Seizure Disorder Disease Management Program on Patient-Reported Quality of Life. *Disease Management* 2004; 4: 333-47.
16. Shore CP, Perkins SM, Austin JK. The Seizures and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study. *Epilepsy Behav* 2008; 1: 157- 64.
17. Nakken KO, Brodtkorb E, Koht J. Epilepsy and rehabilitation. *Tidsskr Nor Langeforen* 2007;3:309-12.
18. Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Van Cott AC. A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy Behav* 2007;4:533-45.
19. Sharifi Rad Gh.R, Heidar Nia AR, Dalimi Asl AH, Ghofrani Poor F. The effect of health education on reduction of intestinal parasitic infection rate in elementary students, Ilam city. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2001; 9:75-80.
20. Bastani F. The effect of relaxation training based on PRECEDE and HBM model and self-efficacy theory on reduction of anxiety and result of pregnancy in pregnant women. Thesis of Ph.D course in health education field, medical sciences faculty. Tarbiat Modares University. 2004.
21. Lesan Sh, Ghofrani Pour F, Birashk B, Faghih Zadeh S. Application of PRECEDE in reducing Tehranian firemen anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh va Raftar)*. 2003;9:77-84.
22. Hekmatpou D, Ghofrani Poor F, Davami MH, Didegar F, Rafee M. The effect of health education on reduction of intestinal parasitic infection rate in mothers referring to health centers, Arak city(2001). *Medical Daneshvar: Bimonthly Journal of Shahed University*. 2004; 11:21-30.
23. Dehghani A, Ghofrani Pour F, Kimiagar M, Faghih Zadeh S. The effect of Precede model in family on their children's endemic Goiter situation ,Yazd city. *Medical Daneshvar: Bimonthly Journal of Shahed University*. 1998; 5:45-50.
24. Negharandeh R. A study of the effect of oral and dental health education program on health knowledge and performance of students in secondary schools of Damavand, Autumn 1993. *Zanjan University of Medical Science*. 1993; 15:34-43.
25. Hedayati A.. planning of change behavior using of PRECEDE model in prevention of Giardiasis in primary school students , Theran city. Thesis of M.sc course in health education field. Tehran, Tarbiat Modares University. 1999.
26. Altneder 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*. 1992.10:464-70.
27. 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. 6:541-6.
28. Sun WY, Sangweni B, Chen J, Cheung S. Effects of a community-based nutrition education program on the dietary behavior of Chinese-American college students. *Health Promotion International*. 1999. 3: 241-50.
29. 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.
30. Chiang LC, Huang JL, Yeh KW, Lu CM. Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE-PROCEED model for parents with asthmatic children. *J Asthma*. 2004. 2:205-15.
31. Polcyn MM, Price JH, Jurs SG, Roberts SM. Utility of the PRECEDE model in differentiating users and nonusers of smokeless tobacco. *J Sch Health*. 1991.4:166-71.
32. Howat P, Jones S, Hall M, Cross D, Stevenson M. The PRECEDE-PROCEED model: application to planning a child pedestrian injury prevention program. *Inj Prev*. 1997.4: 282-7.
33. Jimba M, Murakami I. Eliminating iodine deficiency disorders in Nepal through precede-proceed]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 2001. 10:842-52.
34. Sjöström 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; 2:S72-7.
35. Brosseau LM, Parker DL, Lazovich D, Milton T, Dugan S. Designing intervention effectiveness studies for occupational health and safety: The Minnesota Wood Dust Study. *Am J Ind Med* 2002;1: 54-61.

36. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001;5: 601-7.
37. Jimba M, Joshi DD. Health promotion approach for the control of food-borne parasitic zoonoses in Nepal: emphasis on an environmental assessment. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001; 2: 229-35.
38. Dille JH. Worksite influenza immunization. Successful program. *AAOHN J* 1999;7:292-300.
39. Fujii C, Furuta M, Sakakibara H. An attempt to prevent lifestyle-related diseases of schoolchildren in collaboration with parents, schools and communities. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2004; 9: 790-7.