

تأثیر اجرای برنامه طراحی شده مبتنی بر الگوی پرسید - پروسید بر سلامت روان نوجوانان و

مشارکت والدین

* حمیدرضا زنده طلب^۱

۱. مربی، عضو هیأت علمی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: zendehtalabhr@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: والدین انگیزه فراوانی برای تأمین و ارتقای سلامت روانی نوجوان خود دارند؛ اما به واسطه عدم آگاهی و فقدان یک الگوی سازمان یافته، در این زمینه نمی‌توانند به طور موثر رفتار نمایند.

هدف: طراحی و ارزشیابی یک برنامه مدون آموزشی بر اساس الگوی پرسید - پروسید برای ارتقای سلامت روان نوجوانان و مشارکت والدین بود. **روش:** مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که ۶۶ تن از والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی مشهد به همراه نوجوان آنها به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. ابعاد مختلف سلامت روان نوجوانان به وسیله پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی یا (General Health Questionary) GHQ-28 اندازه گیری و سپس برنامه مداخله شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای در طی دو ماه برای گروه آزمون اجرا شد. یک ماه پس از اتمام مداخله، سلامت روانی نوجوانان مجدداً اندازه گیری و با قبل مقایسه شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS-17 و با استفاده از آزمونهای تی مستقل و زوجی و مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نمرات آزمون سلامت روان نوجوانان گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است ($P < 0.003$). میزان آگاهی ($P < 0.021$)، نگرش ($P < 0.001$) و رفتار مشارکتی والدین ($P < 0.014$)، بعد از مداخله نسبت به قبل افزایش یافته است.

نتیجه گیری: الگوی پرسید پروسید در طراحی برنامه های ارتقای سلامت مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می گردد آموزش الگوی فوق در برنامه آموزش رشته پرستاری گنجانده شود.

کلید واژه ها: مشارکت، سلامت روان، نوجوان، مدل پرسید - پروسید

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۱۲

مقدمه

در حال حاضر، حدود ۴۵۰ میلیون نفر در جهان دچار یک نوع اختلال روانی یا رفتاری هستند؛ که این اختلالات مسؤول ۱۲ درصد از بار کلی بیماریها در جهان می‌باشد. بیش از ۹۰ درصد ممالک جهان از یک سیاست جامع سلامت روان که کودکان و نوجوانان را در برگیرد بی‌بهره هستند و ۳۰ درصد از این کشورها فاقد برنامه مشخصی برای سلامت روان می‌باشند. سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی بوده و شامل احساس درونی خوب بودن، خودکارآمدی، اتکا به خود و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و احساسی است. طبق نظر رایف (۱۹۹۷) سلامت روان دارای ابعاد مختلفی است؛ از جمله، نگرش مثبت نسبت به خود، داشتن رابطه مثبت با دیگران، حس استقلال، کنترل داشتن بر محیط بیرون و هدفمندی در زندگی (۱).

یکی از چالش برانگیزترین دوره‌ها از نظر سلامت روان، دوران نوجوانی است. در دوران نوجوانی، فرد با نیازهای روانی گسترده‌ای روبروست که شناخت و ارضای صحیح این نیازها، گامی بلند به منظور تأمین سلامت روانی وی به شمار می‌رود. در سالهای اخیر، اختلالات عاطفی و رفتاری در بین نوجوانان - که در حدود ۲۵ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد- وسعت قابل توجهی یافته است. نابسامانی‌های خانوادگی، کمبودهای آموزشی و پرورشی، مشکلات ناشی از رشد کثیر جمعیت، تناقضات فرهنگی و از همه مهمتر، ناآگاهی‌های دیرپای والدین برای مقابله عملی و عاقلانه با فشارهای روانی وارد بر نوجوان از علل عمده بروز این اختلالات به شمار می‌رود. تحقیقات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد از والدین، نوجوان خود را ناسازگار دانسته و حدود ۳۳ درصد از نوجوانان به رفتارهای والدین خود اصلاً اعتقاد ندارند؛ ۶۳/۵ درصد نوجوانان احساس گناه و ۵۰/۵ درصد احساس غم موفقیت می‌کنند (۲). والدین مسؤولیت اصلی را در زمینه سازماندهی حیات فکری نوجوان و نیز پرورش اخلاقی و عاطفی وی بر عهده دارند. شخصیت نوجوان در خانواده شکل می‌گیرد و سلامت روانی وی به شدت تحت تأثیر تعامل او با والدین می‌باشد. والدین نقشی مهم و بدون جایگزین در تربیت اجتماعی و تأمین و ارتقای سلامت روانی نوجوان دارند (۲).

یکی از درست‌ترین شیوه‌ها برای ارتقای سلامت روانی نوجوانان، جلب مشارکت والدین در این زمینه است (۳)؛ زیرا والدین از یک طرف اصلی‌ترین منبع تأمین و ارتقای سلامت روان نوجوان هستند و از طرف دیگر، به سرنوشت فرزند خود علاقمند می‌باشند؛ بنابراین انگیزه و اشتیاق لازم به منظور همکاری و مشارکت در این امر را دارند (۴). ایجاد فرهنگ مشارکت در تمامی ابعاد اجتماعی و مسایل مربوط به حوزه سلامت و بهداشت، امری مولد و سازنده به

شمار می‌آید و تأثیر آن در مسایل تربیتی دوچندان می‌باشد. یکی از مهمترین ابعاد مشارکت والدین در امر تعلیم و تربیت، شرکت فعالانه آنها در برنامه‌هایی است که به منظور ارتقای سلامت روانی فرزندان برگزار می‌شود (۲). طراحی هر چه درست‌تر چنین برنامه‌هایی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان نوجوانان داشته باشد. یک گام اساسی در طراحی یک برنامه آموزشی، انتخاب یک الگوی آموزش بهداشت مناسب در زمینه موضوع تحقیق می‌باشد (۵ و ۶). یک مدل آموزشی مناسب برنامه را در جهت درست تا نقطه ارزشیابی هدایت می‌نماید. مدل پرسید-پروسید که در آموزش مددجویان و نیز کارکنان کاربرد دارد، بر فرآیند طراحی، مداخله و ارزشیابی تأکید دارد و عوامل مؤثر بر سلامت را مشخص می‌کند (۱ و ۷). این مدل از علمی همچون اپیدمیولوژی، مدیریت، علوم رفتاری و اجتماعی منشأ گرفته و خاستگاه آن به دهه ۱۹۷۰ میلادی -به مطالعاتی که به ارزشیابی هزینه اثربخشی برنامه‌های کنترل فشارخون، تنظیم خانواده و واکسیناسیون می‌پرداختند- برمی‌گردد. در سراسر دهه ۱۹۸۰، این مدل با نام پرسید خوانده می‌شد. با حرکتی که از دهه ۸۰ میلادی در زمینه ارتقای سلامت شروع شد و در دهه ۹۰ به نتیجه رسید، شماری از عملکردهای ارتقای سلامت نیز در این مدل وارد شد و نام کنونی آن شکل گرفت (۸). در این مدل، عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت کننده رفتار تعیین می‌شود (۹).

مدل پرسید-پروسید با نتایج نهایی و مشکلات ناشی از آن شروع می‌شود؛ یعنی قبل از طراحی مداخله، عوامل مؤثر بر نتایج تعیین می‌گردد. در واقع، کار با نتایج نهایی آغاز و به علل اصلی برمی‌گردد (۱۰). الگوی پرسید-پروسید از جمله مدل‌های برنامه‌ریزی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محسوب می‌شود و چنانچه تغییر رفتار هدف باشد مورد استفاده قرار گرفته و در ارزشیابی کارآزمایی‌های بالینی به طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌نماید (۱۴). مدل مذکور از دو جزء PRECEDE و PROCEED تشکیل شده که هر کدام دارای ۴ مرحله می‌باشد (که به ترتیب عبارت است از: ۱- ارزیابی اجتماعی ۲- بررسی اپیدمیولوژیکی، رفتاری و محیطی ۳- بررسی آموزشی و اکولوژیکی ۴- ارزیابی اجرایی و طراحی مداخله ۵- اجرا ۶- ارزشیابی فرآیند ۷- ارزشیابی اثر ۸- ارزشیابی نتایج) (۱۱ و ۱۲).

در بررسی اجتماعی، کیفیت زندگی با استفاده از نشانگرهای اجتماعی و نقطه نظرات مردم تعیین و اولویت‌گذاری می‌شود. در بررسی اپیدمیولوژیکی، رفتاری و محیطی، مشکلات مهم بهداشتی و عوامل رفتاری، محیطی و ژنتیکی مؤثر بر سلامت تعیین می‌گردد. در بررسی آموزشی و اکولوژیکی، علل مؤثر بر رفتار مشخص می‌شود؛ که شامل عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده می‌باشد. در ارزیابی اجرایی و طراحی مداخله، منابع و موانع اجرای

مشهد انجام گرفت. بر اساس تقسیمات انجام شده توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شهر مشهد به سه ناحیه بزرگ شامل مرکز بهداشت شماره ۱، ۲ و ۳ تقسیم شده است. مرکز شماره ۳ عمدتاً به مناطقی از شهر مشهد خدمات ارائه می‌دهد که از نظر اجتماعی - اقتصادی در سطح متوسط یا ضعیف می‌باشد، بنابراین امکان دسترسی به واحدهای مورد پژوهش در این جامعه آماری بیشتر است. دلیل دوم برای انتخاب مرکز بهداشت شماره ۳، آشنایی پژوهشگر با محیط پژوهش بود. برنامه مداخله شامل اجرای برنامه مدون آموزشی بر اساس الگوی پرسید-پروسید به منظور ارتقای رفتارهای مشارکتی برای گروه آزمون بود. حجم نمونه بر اساس انجام یک مطالعه مقدماتی و با مشورت متخصص آمار ۳۰ خانواده برای هر گروه در نظر گرفته شد که با احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه، به ۳۵ خانواده برای هر گروه افزایش یافت. جامعه آماری پژوهش، کلیه والدین و نوجوان ۱۷-۱۵ ساله آنان بود که برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌نمودند. ابتدا ۲۵ مرکز بهداشتی و درمانی با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی - اقتصادی به ۴ خوشه تقسیم و سپس از هر خوشه یک مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. در مرحله بعد، با مراجعه به هر مرکز، تعداد ۱۹-۱۶ خانواده به همراه نوجوان آنها که علاقمند به شرکت در پژوهش بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه به منظور شرکت در تحقیق گرفته شد. فرآیند نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها یک ماه به طول انجامید. معیار ورود به مطالعه برای والدین، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، زندگی در محدوده مرکز بهداشتی مورد نظر بود؛ و برای نوجوان دارا بودن سن ۱۷-۱۵ سال، عدم ابتلا به یک مشکل یا بیماری جسمی و روانی خاص، داشتن سواد خواندن و نوشتن، در قید حیات بودن پدر و مادر و برای هر دو دسته عدم شرکت در تحقیقی مشابه پژوهش حاضر، عدم اعتیاد و نیز اقامت به مدت ۵ سال یا بیشتر در شهر مشهد بود. در مرحله بعد، افراد مورد مطالعه بر اساس همسان‌سازی متغیرهای سن، تحصیلات، شغل والدین و جنسیت فرزند نوجوان به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. تعداد ۴ خانواده به دلیل تغییر محل سکونت، شرکت در کلاسهای مشابه و عدم شرکت در جلسات آموزشی از مطالعه حذف شدند و در نهایت، پژوهش با ۳۲ خانواده در گروه آزمون و ۳۴ خانواده در گروه کنترل به انجام رسید. لازم به ذکر است از آنجا که مطالعه در زمانی انجام می‌شد که مدارس باز بود، بنابراین هیچیک از واحدهای مورد پژوهش به دلیل مسافرت از مطالعه خارج نشدند. در مرحله نمونه‌گیری، ۳ تن از نوجوانان به دلیل ابتلا به مشکلات روحی و روانی در گروههای مطالعه وارد نشدند. برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- پرسشنامه داده‌های دموگرافیک

برنامه تعیین می‌گردند. در مرحله اجرا، برنامه عملیاتی شده و با نظارت کافی به اجرا درمی‌آید. در ارزشیابی فرآیند، تشخیص زودرس و به موقع مشکلات اجرایی صورت می‌پذیرد. در ارزشیابی اثر، تأثیر فوری برنامه بر رفتار و عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده مدنظر بوده و در ارزشیابی نتایج، به بررسی مجدد کیفیت زندگی و وضعیت بهداشتی پرداخته می‌شود (۱، ۸ و ۱۳).
هزاوه‌ای و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای که بر روی ۵۴ بیمار تحت جراحی بای‌پس کرونر در اصفهان انجام دادند، نشان دادند که برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس الگوی پرسید بر کاهش افسردگی این بیماران مؤثر می‌باشد (۱۴). همچنین مطالعه نظری و همکاران (۱۳۸۷) در تهران نشان داد که طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید-پروسید می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ایمن در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شود (۱۲).
"گرین و کروتر (۲۰۰۵) در بیان نقاط برجسته مدل پرسید-پروسید، اشاره می‌کنند که مدل مذکور انعطاف‌پذیر، معیارپذیر، قابل ارزشیابی، متعهد نسبت به اصل مشارکت و دارای ساختار فرآیندی برای اتخاذ مناسب‌ترین کاربردهای مبتنی بر شواهد می‌باشد".
برخی از حیطه‌هایی که تاکنون این مدل در آنها به کار رفته است، عبارتند از: ائتلاف‌سازی، افزایش مشارکت جامعه، نیازسنجی، تضمین رفتارهای پذیرشی، اجرای برنامه‌های بهداشتی و پیشگیری در محیط کار و مدارس و بهبود خودمراقبتی است (۸).
توانمندسازی مردم از طریق جلب مشارکت فعال آنان در برنامه‌های بهداشتی یکی از دل‌مشغولی‌های اصلی متولیان و مجریان آموزش بهداشت در کلیه جوامع می‌باشد (۱۵ و ۱۶). آنگ و هامپریس می‌گویند نباید به مردم به عنوان مصرف‌کنندگانی که از خدمات خشنود یا ناراضی هستند نگاه شود؛ بلکه آنان باید جایگاه مهمی در تعیین نیازها، اولویتها، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش بهداشت بر عهده داشته باشند (۶).
از آنجا که بنیان مطالعه حاضر بر توانمندسازی و پذیرش رفتارهای مشارکتی استوار بود؛ بنابراین همخوانی بسیار مناسبی بین اصول اولیه آن و زمینه‌های کاربردی مدل پرسید-پروسید، از نظر اجرایی وجود داشت. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی مدون و طراحی شده بر اساس الگوی پرسید پروسید در ارتقای سلامت روان نوجوانان و نیز ارتقای رفتارهای مشارکتی والدین در این زمینه به اجرا درآمد.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که بر روی دو گروه آزمون و کنترل در سالهای ۹۰-۱۳۸۹ بر روی مراجعان به ۲۵ مرکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳

۲- پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی برای سنجش سلامت روان یا (GHQ-28) (General Health Questionary): این پرسشنامه یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای ارزیابی سلامت روان است که دارای ۴ مقیاس ۷ سؤالی است که علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه پالاهنگ (۱۳۷۴) در ایران ۸۲ و ۸۸ درصد گزارش شد. تقوی (۱۳۸۰)، برای بررسی پایایی پرسشنامه مذکور از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده نمود که به ترتیب ضرایب پایایی ۷۰، ۹۳ و ۹۰ درصد به دست آمد. همچنین در مطالعه روایی این پرسشنامه، همبستگی خرده‌آزمونهای پرسشنامه با نمره کل بین ۷۲ تا ۸۷ درصد متغیر بود (۱). این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۳-۰ نمره‌گذاری شده و نمرات آزمودنی از ۰-۸۴ متغیر می‌باشد. کسب نمره ۲۲ و بالاتر از آن نشان‌دهنده سلامت روان مطلوب است (۱).

۳- پرسشنامه پژوهشگر ساخته به منظور تعیین عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده الگوی پرسید-پروسید: این پرسشنامه با مطالعه متون و منابع علمی تهیه و برای تعیین روایی صوری و محتوا، در اختیار ۱۰ تن از اساتید متخصص در این زمینه قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. برای سنجش پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ بدین ترتیب که آزمون در مورد یک گروه ۱۵ نفری از والدین با فاصله زمانی ۱۴ روز، ۲ بار اجرا شد؛ که ضریب همبستگی بین نمرات ۷۸ درصد بود. پرسشنامه مذکور از چهار قسمت تشکیل شده بود:

الف) ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای برای سنجش آگاهی والدین در مورد سلامت روان نوجوان که به صورت «صفر و یک» نمره‌گذاری شده بود.

ب) ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای برای سنجش نگرش والدین در مورد سلامت روان نوجوان که با مقیاس ۴ ایمی لیکرت (از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم») از ۴-۱ نمره‌گذاری شده بود.

ج) ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای برای سنجش رفتار والدین در مورد سلامت روان نوجوان؛ که از ۴-۱ نمره‌گذاری شده و در مورد رفتار والدین در زمینه تأمین سلامت روان نوجوان بود.

د) ۵ سؤال برای ارزیابی عوامل تقویت‌کننده و ۵ سؤال برای بررسی عوامل قادرکننده.

عوامل مستعدکننده شامل آگاهی و نگرش والدین نسبت به سلامت روان نوجوان، ادراکات، عقاید و ارزشهای حاکم بر والدین، سن و جنس نوجوان، بعد خانوار، وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده بود. عوامل تقویت‌کننده مشتمل بر منافع حاصل از ارتقای رفتارهای مشارکتی در والدین، رفتار پژوهشگر، علاقه والدین به داشتن برخورد درست با نوجوان و تشویق و ترغیب برگزارکنندگان دوره

آموزشی و خانواده‌های مشارکت‌کننده در این دوره‌ها بود. عوامل قادرکننده شامل مهارت‌های پژوهشگر و سایر کارکنان بهداشتی در برخورد با خانواده‌ها، امکان مشاوره با روانشناس در خصوص مسایل مربوط به نوجوان، توانایی پدر و مادر در داشتن ارتباط درست و مناسب با نوجوان، امکان دسترسی آسان خانواده‌ها به محل برگزاری کلاسهای آموزشی و رایگان بودن این کلاسها بود.

یک مطالعه مقدماتی بر روی یک گروه ۱۰ نفره از والدین به همراه نوجوان آنها برای طراحی برنامه مداخله انجام شد و پرسشنامه‌های پژوهش توسط آنان تکمیل گردید. بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده و همچنین چارچوب مدل پرسید-پروسید مشکلات مربوط به سلامت روان برای نوجوانان به عنوان یک مسأله جدی که نیاز به مداخله دارد، تعیین و عوامل فردی، خانوادگی، رفتاری و محیطی مؤثر در ایجاد آن مشخص گردید. از بین عوامل فردی، نیاز نوجوان به عزت و حرمت نفس مهمتر از سایر جنبه‌ها بود. از بین عوامل محیطی، نیاز نوجوان به برخورداری از حلقه ارتباطات دوستانه و نیز گذران اوقات فراغت به روشی سالم و مطابق با هنجارهای اجتماعی مهمتر از سایر بخشها گزارش شد. در بین عوامل خانوادگی، نحوه برخورد پدر و مادر با مسایل مربوط به نوجوان نسبت به سایر عوامل از اهمیت افزون‌تری برخوردار بود. در همین راستا، در مرحله تشخیص رفتاری، برخورد صحیح والدین با نوجوان به عنوان هدف رفتاری تعیین شد. در مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیکی، به بررسی عوامل مستعدکننده و قادرکننده رفتارهای مشارکتی والدین پرداخته شد. سپس بر اساس تحلیل داده‌های گردآوری شده، برنامه مدون آموزشی به منظور ارتقای رفتارهای مشارکتی والدین و نیز افزایش سطح سلامت روان نوجوانان طراحی گردید. محتوای کلی جلسات شامل مباحثی در خصوص شناخت انسان و نیازهای وی، اعتماد به نفس و کنترل بر محیط، احساس خودارزشمندی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، داشتن فلسفه و هدف در زندگی، اهمیت نقش دوران نوجوانی در سلامت جسمی و روانی افراد بود. قسمتی از محتوای علمی برنامه با مشورت و راهنمایی دو تن از متخصصین روانشناسی تهیه شد و توسط پژوهشگر برای گروه آزمون به اجرا درآمد. برای انجام پژوهش، ابتدا سطح سلامت روان نوجوانان در جلسه‌ای که والدین آنها حضور نداشتند به وسیله پرسشنامه GHQ-28 سنجیده شد. روز بعد پرسشنامه‌های مربوط به والدین، توسط آنان تکمیل گردید. برنامه مداخله به صورت بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ بود. برای راحتی کار، گروه آزمون به ۳ گروه آموزشی ۱۲-۱۰ نفره تقسیم گردید. برنامه مداخله که دو ماه به طول انجامید، شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که برای هر گروه هفته‌ای یک جلسه برگزار می‌شد. محتوای هر جلسه در قالب دفترچه راهنما در اختیار والدین قرار گرفته و آنها می‌توانستند در طول هفته

یافته‌ها

میانگین سنی والدین و نوجوانان در گروه آزمون به ترتیب $38/5 \pm 1/9$ و $40 \pm 5/1$ سال و در گروه کنترل به ترتیب $16/3 \pm 1/9$ و $15/9 \pm 1/4$ سال بود. اکثر والدین گروه آزمون و کنترل دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند (جدول ۱). از نظر خصوصیات دموگرافیک، گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند (جدول ۱).

نتیجه آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی‌داری در نمره سلامت روان نوجوانان در گروه آزمون و کنترل در مرحله قبل از مداخله نشان نداد؛ حال آنکه بعد از مداخله، نمره سلامت روان نوجوانان گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافت (جدول ۲). همچنین نتیجه آزمون تی زوجی نشان داد که نمرات آگاهی، نگرش و رفتارهای مشارکتی والدین گروه آزمون، در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است (جدول ۳).

بحث

هدف این پژوهش تعیین تأثیر اجرای برنامه طراحی شده مبتنی بر الگوی پرسید-پرسید بر سلامت روان نوجوانان و مشارکت والدین

از طریق تماس تلفنی و در صورت لزوم، جلسه حضوری سؤالات احتمالی خود را مطرح نمایند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروههای آموزشی، برای برگزاری جلسات از سه مرکز متفاوت استفاده شد؛ تا واحدهای مورد پژوهش با یکدیگر ارتباطی نداشته باشند. برنامه مداخله به گونه‌ای اجرا شد که در طی جلسات، تأکید عمده بر روی بحث گروهی و مشارکت فعال افراد مورد پژوهش در پیگیری موارد و مباحث مطرح شده، به عنوان کانون اصلی برنامه، همواره مدنظر بود. واحدهای پژوهش تشویق می‌شدند که تجربیات و نقطه‌نظرات خود را در خصوص مسایل مربوط به سلامت روان نوجوانان بیان کرده و سعی کنند از تجربیات والدین دیگر در این زمینه استفاده نمایند. در طول دوره مداخله، یک خانواده از گروه کنترل در کلاس مشابیهی تحت عنوان «نحوه برخورد با نوجوان» شرکت نموده بود که از مطالعه حذف گردید. یک ماه پس از اتمام برنامه مداخله، سلامت روانی نوجوانان توسط آزمون GHQ-28، و نیز آگاهی، نگرش و رفتارهای مشارکتی والدین توسط همان ابزارهای قبلی مجدداً اندازه‌گیری و با قبل مقایسه شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-17 و آزمونهای آماری تی مستقل و زوجی و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک گروه شاهد و آزمون

| متغیر | گروه شاهد n=34 | گروه آزمون n=32 | آزمون آماری | مقدار P |
|----------------|-------------------|--------------------|------------------|---------|
| سن والدین | $40 \pm 5/1$ | $38/5 \pm 1/9$ | t مستقل df=64 | 0/621 |
| سن نوجوان | $15/9 \pm 1/4$ | $16/3 \pm 1/9$ | t مستقل df=64 | 0/702 |
| تحصیلات والدین | | | | |
| دیپلم < | 45/5% | 43/7% | X^2 | 0/811 |
| دیپلم | 27/1% | 26/4% | X^2 | 0/686 |
| دیپلم > | 27/4% | 29/9% | X^2 df=2 | 0/597 |
| شغل والدین | | | | |
| پدران | 98/7% | 98/1% | X^2 | 0/847 |
| شاغل | 1/3% | 1/9% | X^2 df=1 | 0/721 |
| بازنشسته | 17/6% | 15/3% | X^2 | 0/691 |
| مادران | 82/4% | 84/7% | X^2 df=1 | 0/740 |
| شاغل | 89/8% | 91/2% | X^2 | 0/791 |
| خانه دار | 10/2% | 8/8% | X^2 df=1 | 0/638 |
| شغل نوجوان | | | | |
| در حال تحصیل | | | | |
| ترک تحصیل | | | | |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان نوجوانان قبل و بعد از مداخله

| گروه شاهد | گروه آزمون | آزمون t مستقل df=۶۴ | |
|---------------|------------|------------------------|----------|
| قبل از مداخله | ۲۸/۵±۳/۹ | P=۰/۸۲۲ | ۲۸/۷±۳/۶ |
| بعد از مداخله | ۳۷/۸±۴/۳ | P=۰/۰۰۳ | ۲۹±۳/۲ |

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش و رفتارهای مشارکتی والدین گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

| متغیر | قبل از مداخله | آزمون t مستقل df=۳۳ | بعد از مداخله | آزمون t مستقل df=۳۱ |
|---------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| آگاهی | گروه شاهد ۶/۰۵±۱/۷ | P=۰/۷۲۱ | گروه شاهد ۶/۱۵±۲/۱ | P=۰/۰۲۱ |
| نگرش | گروه آزمون ۲۷/۱±۲/۹ | P=۰/۶۹۹ | گروه آزمون ۳۷/۳±۳/۱ | P=۰/۰۰۱ |
| رفتار مشارکتی | گروه شاهد ۲۷/۲±۳/۴ | P=۰/۰۸۳ | گروه شاهد ۲۸/۲±۴/۴ | P=۰/۰۱۴ |

می‌باشد (۱۹-۱۸). مدل پرسید-پروسید بنیان نظری مطالعه حاضر بود. مطالعه بینگلی و همکاران (۲۰۰۹) در چین نشان داد که مدل پرسید-پروسید می‌تواند به عنوان یک ابزار موثر در بررسی نیازهای بهداشتی جامعه به کار گرفته شود (۲۰). تاکنون در ایران مطالعات متعددی در خصوص به‌کارگیری مدل پرسید-پروسید در زمینه مسایل مختلف حوزه بهداشت و درمان انجام شده است؛ از جمله مطالعه نظری (۱۳۸۷) با عنوان ارتقای رفتارهای ایمن دانش‌آموزان مدارس ابتدایی بر اساس الگوی پرسید-پروسید در تهران؛ که در آن، طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر این الگو باعث افزایش بروز رفتارهای ایمن در دانش‌آموزان شد (۱۲). شباهت این مطالعه با تحقیق حاضر، استفاده از مدل پرسید-پروسید به عنوان یک چارچوب مداخله‌ای است. اما به دلیل تفاوتی که در خصوص نوع رفتار مورد بررسی و نیز بازه سنی نمونه پژوهش وجود داشت، سازه‌های اصلی مدل، یعنی عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده در این دو مطالعه، تفاوت ماهوی با یکدیگر دارند. در هر مطالعه‌ای که چارچوب اصلی آن مدل پرسید-پروسید باشد، شناسایی این عوامل به عنوان زمینه‌های اصلی شکل‌دهنده رفتار، یکی از ارکان اصلی مطالعه خواهد بود. در مطالعه مشکی نیز اثرات مثبت برنامه آموزشی طراحی شده بر مبنای الگوی پرسید-پروسید بر ارتقای احترام به خود در نزد دانشجویان نشان داده شد (۱). شباهت این مطالعه علاوه بر استفاده از الگوی پرسید-پروسید در برنامه مداخله، به‌کارگیری آزمون GHQ-28 برای سنجش سلامت روان دانشجویان بود. تفاوت عمده‌ای که مطالعه حاضر با تحقیق ذکر شده دارد، این است که پژوهش حاضر بر توانمندسازی والدین در برخورد با نوجوان و سپس بررسی تأثیرات مثبت این توانمندسازی بر سلامت روان نوجوانان پرداخته و تأکید بیشتری بر مشارکت جامعه از طریق فرآیند توانمندسازی گروههای اجتماعی

بود. نتایج مطالعه نشان داد که پس از اجرای برنامه مداخله، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتارهای مشارکتی والدین در گروه آزمون به نحو معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش یافت (جدول ۳). به عبارت دیگر، گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، نمره بیشتری را در پرسشنامه‌های سنجش عوامل مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده مدل پرسید-پروسید-پروسید کسب کردند. همچنین نوجوانان گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، نمره سلامت روان بیشتری را در مرحله بعد از مداخله کسب نمودند (جدول ۲). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که الگوی پرسید-پروسید در ارتقای سلامت روان نوجوانان و نیز ارتقای رفتارهای مشارکتی والدین مؤثر بوده است. از آنجا که در مطالعه حاضر، هنگام تعیین گروههای آزمون و کنترل از فرآیند همسان‌سازی استفاده شد، بنابراین می‌توان نتایج مثبت حاصله را به برنامه مداخله‌ای نسبت داد.

یکی از اصول اولیه این مطالعه، ایجاد تغییر در سطح آگاهی و نگرش واحدهای مورد پژوهش به عنوان زمینه اصلی شکل‌گیری تغییر رفتار در آنان بود. در برنامه‌های آموزش بهداشت پیش‌زمینه تغییر رفتار، افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش مثبت است (۱۸-۱۷). "مطالعه سنایی‌نسب (۱۳۸۷) نشان داد که برنامه آموزش بهداشت تأثیرات مثبتی بر آگاهی و نگرش نمونه پژوهش داشته است" (۱۲). با افزایش میزان آگاهی و نگرش والدین، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای آنان در برخورد با نوجوان بهبود یابد؛ که با افزایش معنی‌دار نمره رفتارهای مشارکتی، این موضوع به اثبات رسید. حال آنکه در گروه کنترل، نمره سلامت روان نوجوانان نسبت به قبل تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۲). نتایج حاصل از این دو مطالعه، تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر در زمینه تأثیر مثبت افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش مثبت در ایجاد رفتارهای بهداشتی است. در تحقیقات مداخله‌ای، استفاده از یک چارچوب نظری مفید

مسکونی مشهد به انجام برسد. همچنین کارگاههایی به منظور آموزش و آشنایی کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی با مدل‌های آموزش بهداشت برگزار شود؛ تا از طریق آموزش کارکنان بهداشتی، بتوان گامهای مؤثرتری در زمینه توانمندسازی خانواده‌ها و گروهها در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت برداشت. علاوه بر این، با توجه به اینکه یافته‌های حاصل از به‌کارگیری مدل پرسید-پرسید مبتنی بر شواهد می‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزش الگوی فوق در برنامه درسی رشته‌هایی همچون پزشکی، پرستاری و مامایی گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر لازم می‌داند تا از زحمات و همکاری صمیمانه مسؤولان و کارکنان محترم مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، خانواده‌ها و نوجوانان شرکت‌کننده در این مطالعه کمال تشکر و سپاسگزاری را بنماید.

دارد؛ که چنین مسأله‌ای در راستاری اهداف اصلی ارتقای سلامت قرار می‌گیرد. توانمندسازی مردم از طریق جلب مشارکت فعال آنان در برنامه‌های بهداشتی یکی از دل‌مشغولی‌های اصلی متولیان و مجریان آموزش بهداشت در کلیه جوامع می‌باشد (۱۵ و ۱۶). آنگ و هامپریس می‌گویند «نباید به مردم به عنوان مصرف‌کنندگانی که از خدمات خشنود یا ناراضی هستند، نگاه شود، بلکه آنان باید جایگاه مهمی در تعیین نیازها، اولویتها، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش بهداشت بر عهده داشته باشند» (۶).

در تجزیه و تحلیل عوامل قادرکننده شامل مهارتهای پژوهشگر و سایر کارکنان بهداشتی در برخورد با خانواده‌ها، امکان مشاوره با روانشناس در خصوص مسایل مربوط به نوجوان، توانایی پدر و مادر در داشتن ارتباط درست و مناسب با نوجوان، امکان دسترسی آسان خانواده‌ها به محل برگزاری کلاسهای آموزشی و رایگان بودن این کلاسها، ۸۲ درصد خانواده‌ها امکان دسترسی و مشاوره با روانشناس را یکی از مهمترین عوامل تشویق‌کننده خود برای شرکت در پژوهش دانستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حضور روانشناسان باتجربه و کاردان بخصوص در مدارس، می‌تواند به والدین کمک کند تا بهتر بتوانند با مسایل نوجوان روبرو شوند. همچنین به نظر می‌رسد که مجهز نمودن مراکز بهداشتی و درمانی به متخصصان روانشناسی، گامی ارزنده در این راستا خواهد بود. از آنجا که مطالعه حاضر در مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد به انجام رسیده و این مراکز از نظر توزیع جغرافیایی جزء مناطقی هستند که اکثریت ساکنین آن را طبقات متوسط جامعه تشکیل می‌دهد؛ بنابراین نتایج حاصل از آن، قابل تعمیم به سایر مناطق مسکونی مشهد نمی‌باشد. از طرف دیگر، نتایج قابل تعمیم به سایر گروههای سنی نظیر کودکان و جوانان نیست.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که الگوی پرسید-پرسید قادر است در ارتقای سلامت روان نوجوانان و نیز رفتارهای مشاکتی والدین به طور مؤثر نقش داشته باشد. این مدل با اجرا و ارزشیابی یک برنامه آموزشی می‌تواند در توسعه سیاستهای بهداشتی به برنامه‌ریزان کمک کرده و یک راهکار مناسب برای توانمندسازی مردم به منظور مداخله مؤثر در مسایل بهداشتی باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند به برنامه‌ریزان حوزه بهداشت و سلامت روان کمک کند تا در برخورد با مسایل و مشکلات دوره نوجوانی، با استفاده از یک چارچوب سازمان‌یافته و نظام‌مند، از حداکثر همکاری و مشارکت والدین در این خصوص برخوردار باشند. بر اساس یافته‌های حاصل، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در سایر مناطق

References

1. Moshki M. Using the PRECEDE- PRECEDE Model in combination with health locus of control for mental health promotion of university students. (Thesis Ph.D Health Education), Tarbiat Modares University; 2007. (Persian)
2. Zendehtalab HR. Effect of parents participation program on self esteem of masculine adolescents of high school in Mashhad, (Thesis MSc Nursing), Tarbiat Modares University; 1998. (Persian)
3. WHO Regional Office for Europe: Community health needs assessment: an introductory guide for the family health nurse in Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/document/e73498.pdf>
4. Ying L, Jia C, Hui L, Daikun L, Yang W, Jia H. Community health needs assessment with PRECEDE-PROCEED model: a mixed methods study. BMC Health Services Research 2009; 9: 181.
5. Bao Y, He Y, Zhang J, Mo ZB, Li XH. Design of working programming of health education and health promotion in China city community. Chinese General Practice 2004; 7(3):146-8.
6. Saffari M, Shojaeizade D. Principles and foundations of health promotion and education. Tehran: Samat:2008. (Persian)
7. 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 Ph.D Health Education), Tarbiat Modares University. 2004. (Persian)
8. Saffari M, Shojaeizadeh D, Gofranipour F, Heidarnia A, Pakpour A. Health education and promotion; theories, models and method. Tehran: Sobhan:2008. (Persian)
9. Lin LZ, Zhou CM, Yu QH, Ye YY: Influence of PRECEDE- PRECEDE model of oral health education on KAP of pupils. Health, 2005; 21(17):537-9.
10. Butler Th. Principle of health education and health promotion. Wads Words Co: 2000.
11. Hazavehei MM, Sabzmakan L, Hassanzadeh A, Rabief K. The effect of PRECEDE Model-based educational program on depression level in patients with coronary artery bypass grafting. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 2008; 12(2), 32-40. (Persian)
12. Nazari M, Heidarnia A, Eftekhari Ardebili H, Mobasheri M, Amin Shokravi F, Niknami SH, et al. Intervention based on PRECEDE-PROCEED for promoting safety behaviors in primary school boys. J Armaghan-e- Danesh 2008; 13(2): 83-93. (Persian)
13. Huang, JH. Health Promotion in Community. Health, 2003. 19(6):421-3.
14. Hazavehei MM, Sabzmakan L, Hassanzadeh A, Rabief K. The effect of PRECEDE Model-based educational program on depression level in patients with coronary artery bypass grafting. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 2008; 12(2), 32-40. (Persian)
15. Deren S, Kang SY, Rapkin B, Robles RR, Andia JF, Colon HM. The utility of the PRECEDE model in predicting HIV risk behaviors among puerto rican injection drug users. AIDS and Behavior, 2003; 7: 405-12.
16. Jones SC, Donovan RJ: Does theory inform practice in health promotion in Australia? Health Educ Res, 2004; 19(1):1-14.
17. Yeo M, Berzins S, Addington D: Development of an early psychosis public education program using the PRECEDE-PROCEED model. Health Educ Res, 2007; 22(5):639-47.
18. Yang QM, Lin W, Du M: Strategy and analysis health education and health promotion in community of Shanghai City. Tianjin Journal of Nursing 2008; 16(5):251-2.
19. Onken, L. PRECEDE-PROCEED and the NIDA stage model: the value of a conceptual framework for interven-

tion research. Journal of Public Health Dentistry 2011: 71:518-9.

20. Ying L, Jia C, Hui L, Daikun L, Yang W, Jia H. Community health needs assessment with PRECEDE-PROCEED model: a mixed methods study. BMC Health Services Research 2009: 9: 181.

The effect of a program designed based on PRECEDE-PROCEED model on adolescents' mental health and their parents' participation

* Zendehtalab H.R.¹

1. MSc in Community Health Nursing, Faculty member, School of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* Corresponding author, Email: zendehtalabhr@mums.ac.ir

Abstract

Background: Parents have high motivation to provide mental health promotion for their adolescents, but cannot treat them effectively due to the lack of knowledge and an organized model to do accordingly.

Aim: To evaluate the effect of an educational program based on PRECEDE- PROCEED Model on adolescents' mental health and their parents' participation.

Method: The study was a randomized controlled clinical trial that was carried out on 66 parents referred to health centers of Mashhad, along with their teenage sons in 2011 who were randomly assigned to two experimental and control groups. Dimensions of mental health of adolescents was measured by GHQ-28 (General Health Questionnaire). Then intervention program consisted of 8 60-minutes sessions was carried out for experimental group for two months. One month after the intervention, adolescents' mental health was again measured. Data were analyzed with SPSS Version17 software using independent and paired t-test and chi-square.

Results: A significant increase was seen in the score of mental health of adolescents in the experimental group compared to the control group ($P=0.003$). Also the score of knowledge ($P=0.021$), attitude ($P=0.001$) and the behavior of parents' participation ($P=0.014$) had a significant increase after intervention.

Conclusion: PRECEDE-PROCEED model is useful in designing health promotion programs, therefore it is suggested that the training of this model to be considered in nursing curriculum.

Keywords: Parents' participation, mental health, adolescent, PRECEDE-PROCEED Model

Received: 08.01.2012

Accepted: 01.02.2012