مقایسه دو روش آموزشی چهره به چهره و پمفلت در افزایش آگاهی و عملکرد از عوامل خطر ایجاد کننده بیماری‌های قلبی و عروقی در دختران دبیرستانی

یداله رمضانی، حسین اکبری، *محمود مباشری

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۴/۹ تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۲۱

چکیده

مقدمه: در حال حاضر بیماری‌های قلبی و عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشور ما محسوب می‌شوند و بایستی در جهت آگاه‌سازی افراد با ریسک فاکتورهای ایجاد کننده این بیماری‌ها تلاش نمود. هدف از این تحقیق مقایسه دو روش آموزش چهره به چهره و پمفلت در افزایش آگاهی از عوامل خطر ایجاد کننده بیماری‌های قلبی و عروقی در دختران دبیرستانی شهر کاشان بود.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی ۱۵۰ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی با روش نمونه گیری چند مرحله‌ای تصادفی در سال ۱۳۹۰ مورد مطالعه قرار گرفتند، نمونه‌ها در دو گروه با شیوه‌های آموزشی چهره به چهره و پمفلت قرار گرفتند و میزان آگاهی و عملکرد آن‌ها قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد از طریق پرسشنامه سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های تی و آنالیز کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: درهر دو گروه بین نمره آگاهی پیش آزمون و پس آزمون اختلاف معنا داری وجود داشت ($P<۰/۰۵$) . اما شدت این اختلاف در گروه اول بیشتر (۳/۱۷±۲/۲ به ۱/۷۴) بود. طبق مطالعات آماری بین نمره پیش آزمون و یک ماه بعد در بخش آگاهی و عملکرد هر گروه تنها در گروه اول، اختلاف معنا دار بود (آگاهی $P<۰/۰۵$ و عملکرد $P<۰/۰۵$) ولی در نمرات آگاهی و عملکرد پس آزمون و یک ماه بعد تفاوت آماری معنا داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه مشخص گردید روش آموزش چهره به چهره، در مقایسه با روش پمفلت تاثیرگذارتر بوده است.

کلیدواژه‌ها: بیماری‌های قلبی عروقی، عوامل خطر، آموزش، آگاهی

مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی بنا به پیشنهاد WHO به بیماری کم‌خونی قلب نیز تعریف شده است. این بیماری‌ها بدلیل قطع یا تقلیل جریان خون در سیستم عروق قلبی ایجاد می‌شود (۱). در حال حاضر بیماری‌های قلبی و عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشور ما محسوب می‌شود، به طوری که از هر سه مورد فوت یک مورد بر اثر بیماری‌های قلبی و عروقی است. براساس آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸، ۳۹/۳ درصد مرگ‌های کشور ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی است که ۱۹/۵ درصد ناشی از سکته قلبی، ۹/۳ درصد بعلت سکته مغزی، ۳/۱ درصد بعلت فشار خون بالا و بقیه به علت سایر بیماری‌های قلبی و عروقی است. بر پایه این گزارش در بررسی که در سال ۸۸ در کشور تحت عنوان اولین بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران انجام شد شیوع فشار خون بالا در افراد ۱۵ تا ۶۴ سال ۱۶/۰۶ درصد، چاقی و اضافه وزن ۴۴ درصد، مصرف دخانیات ۱۱/۸ درصد و کم‌تحرکی ۳۹ درصد در میان ایرانی‌ها گزارش شده است (۲). باتوجه به تأکید سازمان بهداشت جهانی WHO در سال‌های اخیر مبنی بر کنترل شیوع این بیماری‌ها، لازم است الگوی مناسبی برای پیشگیری اولیه از این بیماری‌ها هم‌چون بیماری‌های عروق کرونر، سکته‌های مغزی و افزایش فشار خون و چاقی و دیابت طراحی و به اجرا گذاشت که بتوان با بهترین طرق افراد جامعه را برای پیشگیری اولیه آگاه ساخت و اهمیت و نحوه برخورد با این مشکل را آموزش داد (۳). ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد عموم جامعه در ارتباط با پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی و عروقی و عوامل خطر ایجاد کننده آن و کاهش موارد بیماری و ناتوانی‌های ناشی از آن و ارتقاء شیوه زندگی برای افزایش سطح سلامتی و ارزیابی روش‌ها و مقایسه نتایج حاصل و اثرگذاری آن‌ها، باید از سنین پایین آغاز گردد (۴). برای

نویسنده مسئول: محمود مباشری، دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران. mobasheri@skums.ac.ir
یداله رمضانی، مربی گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت ،دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران
حسین اکبری، مربی گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت ،دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

کاهش میزان بروز بیماری‌های قلبی و عروقی باید افراد را با ریسک فاکتورهای ایجاد کننده بیماری‌های قلبی و عروقی آشنا و آگاه ساخت و با بکارگیری روش‌های مناسب آموزشی و شناسایی کارآترین روش آموزشی برای آگاه‌سازی افراد برای تغییر شیوه‌های زندگی و اصلاح آن‌ها و اقداماتی نظیر عدم مصرف دخانیات، جلوگیری از چاقی و کنترل وزن، کاهش مصرف نمک و مواد خوراکی شور، کاهش مصرف قند و شکر، کاهش مصرف چربی‌ها خصوصاً روغن‌های جامد و اشباع، کاهش مصرف غذاهای آماده، مصرف بیشتر حبوبات و غلات سبوس دار و فعالیت‌های ورزشی از بروز بیماری‌های قلبی و عروقی پیشگیری کنند (۵). نتایج تحقیقات انجام یافته نیز حکایت از سطح آگاهی پایین و وضعیت عملکرد نامطلوب مردم در زمینه اجتناب از عوامل مستعد کننده بیماری‌های قلبی دارد، بعنوان نمونه مطالعه جلالی و همکاران نشان داد اکثر مردم شهر بابل (۶۵/۳ درصد) درباره عوامل خطر بیماری‌های قلبی آگاهی کمی داشته و به همین نسبت اکثر آن‌ها (۵۳/۷ درصد) در این مورد عملکرد ضعیفی دارند. در همین راستا نهادهای آموزشی با افزایش آگاهی عموم، یکی از ارکان اساسی برنامه‌های پیشگیری به شمار می‌آید. برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای افزایش آگاهی افراد باید منطبق بر حقایق و نیازمندی‌های زندگی آنان و متناسب با ویژگی‌های گروه‌های مختلف اجتماع صورت گیرد (۶). یکی از روش‌های آموزشی، آموزش چهره به چهره می‌باشد که شیوه‌ای مقرون به صرفه برای بعضی از مردم که عادت به خواندن کتاب‌ها و مقالات و هم‌چنین تماشای تلویزیون ندارند، به صورت یک منبع خوب اطلاعات بهداشتی است (۷) و با وجود تفاوت‌های فردی در شرایط یکسان تحت آموزش قرار می گیرند (۸). از جمله متداول‌ترین و سنتی‌ترین روش‌های آموزش معلم محور روش چهره به چهره است که در کنار مزایا، معایبی نیز دارد از جمله این که یک روش آموزشی منفعل بوده و برای آموزش مهارت‌های عملی و تقویت مهارت‌های ذهنی در سطوح بالای یادگیری مناسب نیست و تفاوت‌های افراد را مورد توجه قرار نمی‌دهد. به علاوه امکان فراموشی زودرس مطالب برای گیرندگان آموزش وجود دارد (۸). یکی دیگر از روش‌های آموزشی، استفاده از پمفلت‌های آموزشی است که ارزان و قابل دسترس است ولی برای افرادی که سواد ندارند، مناسب نیست (۷). پمفلت شامل یک برگ کاغذ تاخورده حاوی مطالب چاپ شده در دو طرف آن است و می‌توان از آن برای آموزش‌های گروهی و فردی استفاده نمود (۹). در مطالعه بسطامی و همکاران تاثیر روش آموزشی پمفلت در ارتقای آگاهی و نگرش دانشجویان در مورد بیماری ایدز تائید گردید (۱۰). همچنین در مطالعه نوریان و همکاران که بر روی بیماران کاندید عمل جراحی غیر اورژانس انجام شد، در یافتند که در محیط هایی که مراقبین بهداشتی با فشار کار و زمان مواجه هستند و وقت کافی برای آموزش کلامی چهره به چهره جهت ارائه اطلاعات لازم به بیماران ندارند به منظور ارتقای دانش و آگاهی بیماران می‌توان از پمفلت‌های آموزشی که به طور مناسب تهیه شده اند، استفاده نمود (۱۱). افزایش روزافزون جمعیت جوان کشور و نیز اختصاص میزان بالایی از آن به دختران، بیانگر اهمیت توجه به آنان در برنامه‌های بهداشتی است. ازطرفی دیگر سرمایه‌گذاری اندک در زمینه آموزش دختران و زنان، دستاوردهای مضاعفی را در تمام ابعاد توسعه اجتماعی به دنبال خواهد داشت (۹). از آن‌جا که مدرسه به عنوان کانون تعلیم و تربیت، مکانی است که دسترسی به دانش‌آموزان در آن‌جا به راحتی امکان‌پذیر است می‌تواند محل کسب آگاهی و تربیت بهداشتی آن‌ها باشد (۷). در مطالعه شریف زاده و همکاران تاثیر آموزش بهداشت بر ارتقای سطح آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر دبیرستانی در مورد بیماری ایدز مورد تائید قرار گرفت (۱۲).

از این رو که آموزش در زمینه عوامل خطر ایجاد کننده بیماری‌های قلبی و عروقی یک اولویت بهداشتی محسوب می شود و همچنین به دلیل اهمیت آموزش و وجود روش‌های متفاوت آموزشی، در این مطالعه تلاش شده است تا با استفاده از دو روش پمفلت و چهره به چهره، میزان تاثیرگذاری آن‌ها بر افزایش آگاهی و عملکرد دانش آموزان دختر دبیرستانی مقایسه گردد و بهترین شیوه ارتقاء آگاهی در زمینه بیماری‌های قلبی و عروقی تعیین شود.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۱۵۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کاشان انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای برآورد میانگین در گروه های مطالعه با سطح اطمینان ۹۰٪ و خطای قابل قبول در برآورد میانگین برابر با ۲ و انحراف معیار صفت مورد نظر برابر با ۱۰ به تعداد ۷۰ نفر در هر گروه معین گردید (۷). افراد نمونه به صورت تصادفی ساده از دو دبیرستان و از بین کلاس‌های اول، دوم و سوم هر دبیرستان به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شد. سپس به منظور افزایش دقت

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

مطالعه به دو گروه مداخله شامل ۷۱ نفر دانش‌آموز که تحت آموزش چهره به چهره و گروه شاهد ۷۹ نفردانش آموز که تحت آموزش با پمفلت بودند، تقسیم شدند. یکسان‌سازی دو گروه براساس پایه تحصیلی دانش‌آموزان و جنس آن‌ها صورت گرفت. ابزارگردآوری داده‌ها پرسشنامه ای حاوی ۲۲ سوال در سه بخش بود که در بخش اول اطلاعات دموگرافیک (۴ سوال)، در بخش دوم سوالات مربوط به آگاهی در زمینه عوامل خطر ایجادکننده بیماری‌های قلبی- عروقی (۹ سوال) و در بخش سوم سوالات مربوط به عملکرد (۹ سوال) تشکیل شد. جهت روایی محتوای پرسشنامه‌ها نظر اساتید و صاحب نظران این حوزه، در مورد تناسب ابزار با اهداف پژوهش گرفته شد. همچنین به صورت آزمایشی این پرسشنامه در اختیار یک نمونه ۲۵ نفری از دانشجویان رشته بهداشت عمومی قرار گرفت تا از لحاظ لزوم و وجوب سوالات نظر دهند و براساس نظرات آن‌ها شاخص‌های CVI و CVR محاسبه شد و سوالاتی که ضریب CVIکمتر از ۰/۷ و ضریب CVR کمتر از ۰/۵ داشتند از پرسشنامه حذف شدند. هم‌چنین جهت تامین پایایی پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان ضریب آلفای کرونباخ برای آگاهی معادل ۰/۸۱ و برای عملکرد معادل ۰/۸۴ محاسبه گردید. روش جمع‌آوری داده‌ها بدین صورت بود که میزان آگاهی و عملکرد هر دو گروه قبل مداخله با استفاده از پرسشنامه مذکور مورد سنجش قرار گرفت و در گروه مداخله یک (چهره به چهره) آموزش با محتوای یکسان بصورت چهره به چهره توسط دو نفر از کارشناسان بهداشت در مدت ۴۵ دقیقه صورت گرفت و در گروه مداخله دو (پمفلت) آموزش یکسان از طریق توزیع پمفلت داده شد، به‌طوری‌که مطالب آموزشی که توسط سخنران در مدت ۴۵ دقیقه همراه با بحث و تبادل نظر ارائه شد با مطالب آموزشی موجود در پمفلت که در بین افراد مورد مطالعه توزیع گردید، یکسان بودند. در ادامه ۲۰ روز پس از اتمام مداخله در هر دو گروه برای سنجش میزان ماندگاری اطلاعات دانش آموزان مجدداً میزان آگاهی و عملکرد آن‌ها توسط همان پرسش‌نامه سنجیده شد. در این پژوهش معیار سنجش آگاهی، تعداد پاسخ‌های صحیح به سوالات می‌باشد و معیار سنجش عملکرد افراد مورد پژوهش، چگونگی پاسخ به سوالات است. جهت رتبه‌بندی میزان آگاهی، نمونه‌هایی که جمع نمرات آن‌ها پایین تر از ۹/۹۹ بود رتبه آگاهی ضعیف و نمونه هایی که جمع نمرات آن‌ها بالاتر از ۱۰ شده بود رتبه آگاهی خوب اختصاص داده شد و نمونه‌های که کمتر از ۶/۹۹ شده بود رتبه عملکردی ضعیف و نمونه‌هایی که جمع نمرات آن‌ها بالاتر از ۷ شده بود رتبه عملکردی خوب اختصاص داده شد.پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS.Ver.11.5 ابتدا برای بررسی تأثیر هر کدام از روش‌ها نسبت به قبل از مداخله، از آزمون آماری تی زوجی و برای مقایسه میزان تغییر نمرات آگاهی و عملکرد از آزمون تی مستقل استفاده شد. در نهایت از آنالیز کوواریانس برای بررسی تأثیر گروه‌های درمانی با حذف اثر نمرات اولیه استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سن در گروه مورد (۰/۹۲± ۱۵/۷) سال و در گروه شاهد (۰/۸۳± ۱۵/۸) سال بود که از لحاظ آماری اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد (p≤۰/۱۹). بیشترین فراوانی در گروه سنی دانش آموزان نیز در هر دو گروه، دانش آموزان ۱۶ ساله را شامل شد (جدول۱).

در رابطه با پایه تحصیلی دانش‌آموزان تحت پژوهش در گروه مورد، کم‌ترین تعداد دانش آموزان پایه سوم با ۲۸/۲درصد و بیشترین تعداد پایه دوم ۳۶/۶درصد بودند. در گروه پمفلت کمترین تعداد دانش آموزان پایه اول ۳۱/۶ درصد و بیشترین تعداد، پایه دوم ۳۵/۵درصد را تشکیل می‌دادند، البته این اختلاف از لحاظ آماری بین دو گروه مورد و شاهد معنی‌دار نبود (P≤ ۰/۸۰) (جدول ۱).

همچنین بیشترین فراوانی تحصیلات پدر در گروه چهره به چهره مربوط به مقطع ابتدایی با ۴۹/۳درصد و در گروه پمفلت در مقطع سیکل ۲۹/۵درصد بود. در هر دو گروه کم‌ترین میزان ،تحصیلات دانشگاهی ذکر شده است. شغل پدر نیز در گروه چهره به چهره ۵۲/۱ درصد و پمفلت ۴۷/۴۴ درصد آزاد (به عنوان بیشترین درصد شغلی انتخاب شده) ذکر شد. شغل مادر نیز به طور مشابه در هر دو گروه بیشترین تعداد، خانه دار عنوان شد. با استفاده از آزمون تی زوجی اختلاف معنی‌دار آماری در هیچ یک از متغیرها در مقایسه با یکدیگر ملاحظه نگردید.

در سنجش آگاهی و عملکرد دانش آموزان، در گروه آموزش چهره به چهره، میانگین نمره اولیه آگاهی از ۳/۵ ± ۹/۸ قبل از آموزش به۴/۰۴ ± ۱۲/۰۱پس از آموزش رسید (p≤۰/۰۰۱). هم‌چنین یک ماه پس از آموزش به ۳/۳۳±۱۱/۱رسید (p≤۰/۰۰۱). در گروه آموزش با پمفلت نیز مشاهده شد، میانگین نمره قبل از آموزش از ۳/۲۸±۸/۹۹ به ۳/۶۹±۱۰/۷۳ پس از آموزش رسید که اختلاف معنی‌دار آماری را نشان

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

می‌دهد (p<۰/۰۰۱). میانگین نمرات یک ماه پس از آموزش نیز در همین گروه به ۳/۸۲± ۹/۴۶ رسید (P≤ ۰/۲۸). البته تفاوت معنی‌داری در نمره آگاهی اولیه بین دو گروه دیده نشد (P ≤ ۰/۱۴۹) ولی نمرات اولیه عملکرد در دو گروه یکسان نبودند (P≤۰/۰۰۲) (جدول ۲).

هم‌چنین نتیجه مقایسه آماری دو گروه نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه، در مقایسه میانگین افزایش نمرات پس آزمون و یک ماه بعد نسبت به مشاهده اولیه در بخش آگاهی و عملکردی مشاهده نشد. در بخش عملکرد یک ماه بعد، گروه پمفلت نسبت به قبل، عملکرد بهتری نشان داد. اما در گروه چهره به چهره افت عملکرد مشاهده شد. در مقایسه دو گروه نیز در هر دو زمان (قبل از مداخله و یک ماه بعد) نیز گروه پمفلت میانگین بالاتری داشت. همچنین با حذف اثر مقدار اطلاعات پایه افراد به کمک آنالیز کوواریانس، مداخله های انجام شده بر نمره آگاهی و عملکرد دانش آموزان موثر بود (P ≤۰/۰۵) (جدول ۳).

جدول ۱.توزیع فراوانی دانش آموزان به تفکیک سن وپایه تحصیلی ومقایسه آن در دو گروه تحت آموزش

نام متغیر	گروه ها / وضعیت	چهره به چهره (مورد)	پمفلت (شاهد)	(p.value)
پایه تحصیلی	اول دبیرستان	۲۵(۳۵/۲)	۲۴(۳۱/۶)	۰/۸۰
	دوم انسانی	۲۶(۳۶/۶)	۲۷(۳۵/۵)	
	سوم تجربی	۲۰(۲۸/۲)	۲۵(۳۲/۹)	
سن	چهارده ساله	۷(۹/۹)	۴(۵/۳)	۰/۶۷
	پانزده ساله	۲۴(۳۳/۸)	۲۵(۳۲/۹)	
	شانزده ساله	۲۵ (۳۵/۲)	۳۲(۴۲/۱)	
	هفده ساله	۱۵(۲۱/۱)	۱۵(۱۹/۷)	

جدول ۲. شاخص های آماری نمره آگاهی وعملکرد دانش آموزان نسبت به ریسک فاکتورهای بیماری قلبی عروقی با روش آموزشی چهره به چهره وپمفلت

متغیر	گروه / زمان	چهره به چهره	(p.value)	پمفلت	(p.value)
آگاهی	قبل از آموزش	۹/۸±۳/۵	<۰/۰۰۱	۸/۹۹±۳/۲۸	<۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۱۲/۰۱±۴/۰۴		۱۰/۷۳±۳/۶۹	
	یک ماه پس از آموزش	۱۱/۱±۳/۳۳	۰/۰۰۱	۹/۴۶±۳/۸۲	۰/۲۸
عملکردی	قبل از آموزش	۵/۲۳±۳/۴	۰/۰۱۲	۶/۸۵±۳/۲۳	۰/۶۷
	یک ماه پس از آموزش	۴/۷±۲/۹۶		۷/۱۳±۵/۷۱	

جدول ۳:شاخص های آماری پس آزمون ویک ماه بعد ونتیجه مقایسه آماری آن با مشاهده اولیه

متغیر	زمان نوع روش	چهره به چهره	پمفلت	P. Value
آگاهی	پس آزمون	۲/۲۰±۳/۱۷	۱/۷۴ ±۳/۲۳	۰/۳۸
	یک ماه بعد	۱/۲۹ ±۳/۰۳	۰/۴۷ ±۳/۳۱	۰/۱۱
عملکردی	یک ماه بعد	-۰/۵۲ ±۱/۷۱	۰/۲۸ ±۵/۹۵	۰/۲۵

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر اثربخشی دو روش آموزشی چهره به چهره و پمفلت مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. که هدف اصلی آن تعیین روش مؤثر و کارآتر بود. مطالعه حاضر نشان داد که روش آموزشی چهره به چهره و پمفلت در افزایش آگاهی دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته که البته تأثیر چهره به چهره در افزایش آگاهی بیشتر بوده است.

در پژوهشی که توسط استبصاری و همکاران انجام شد به یافته‌های مشابهی چون تأثیر مداخلات آموزشی در افزایش معنی‌دار آگاهی، نگرش و عملکرد رسیده است. در این تحقیق در بین عوامل مؤثر، متغیرهای تحصیلات مادر و شغل پدر بر آگاهی، پایه تحصیلی بر نگرش و تحصیلات مادر بر عملکرد دانش‌آموزان مؤثر بوده است (۵).که با نتایج این مطالعه مغایرت دارد. در مطالعه حسینی و همکاران با عنوان مقایسه تأثیر دو روش آموزشی سخنرانی و پمفلت بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستان‌های شهرستان مانه و سملقان در مورد بیماری ایدز، نتایج نشان داد که روش آموزشی پمفلت تأثیری برآگاهی و نگرش دانش‌آموزان نداشته است، در حالی که گروه آموزشی سخنرانی بر آگاهی و نگرش دانش آموزان تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است. در این یافته‌ها نیز بین گروه‌های مورد بررسی تفاوتی در آگاهی و نگرش افراد تحت مطالعه قبل از آموزش وجود نداشته است (۱۳). در مطالعه کریمی و همکاران نتایج نشان داد که میزان آگاهی دو گروه آموزشی (سخنرانی و پمفلت) بعد از مداخله افزایش داشته است. همچنین میزان نگرش در گروه آموزش به روش سخنرانی بعد از مداخله مثبت تر دیده شده است که این اختلاف‌ها معنی‌دار بود ($P \leq ۰/۰۵$) (۷). پاک نهاد و همکاران در تحقیقی مشابه به منظور بررسی تأثیرآموزش تغذیه با پمفلت و سخنرانی بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر دبیرستانی به این نتیجه رسیدند که آموزش بر حسب این دو روش می‌تواند آگاهی‌های دختران نوجوان را به میزان قابل توجهی ارتقاء دهد ولی استفاده از سخنرانی به دلیل وجود فن‌آوری سمعی و بصری در اصلاح الگوی رفتار های تغذیه ای بسیار موثرتر می‌باشد (۱۴). در مطالعه Jean و همکاران نیز نتایج نشان داد که بین نمرات قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که آموزش به روش سخنرانی سبب افزایش آگاهی افراد تحت مطالعه شده بود (۱۵). Mitchell و همکاران تحقیقی به منظور بررسی تأثیر مقایسه‌ای چهار رسانه مثل ویدئو، نمایش، پمفلت و آموزش چهره به چهره بر آموزش همگانی در روستاهای اوگاندا انجام دادند، که نتایج حاصل حاکی از آن بود که استفاده از رسانه‌های مختلف برای آموزش همگانی ضروری است تا جائیکه‌که هر کدام بتوانند پوششی برنقص یکدیگر باشند به‌طوری که افراد باسطح سواد پایین به جای پمفلت شانس استفاده از سایر رسانه‌های آموزشی را داشته باشند (۱۶). درتحقیق حاضر، روش آموزشی چهره به چهره در افزایش آگاهی دانش آموزان مؤثرتر از روش پمفلت معرفی شده است اما در بخش عملکردی، بهبود عملکرد، در گروه پمفلت مشاهده گردید که شاید علت آن را بتوان بهتر و بالاتر بودن سطح عملکرد این گروه از دانش آموزان قبل از مداخله نسبت به گروه چهره به چهره دانست که این زمینه مثبت می‌تواند بر افزایش بهبود عملکرد پس از آگاهی حتی از طریق پمفلت پیشرفت حاصل کند. اغلب مطالعات انجام شده همانند مطالعه حاضر اثربخشی آموزش بر آگاهی و عملکرد را تایید نموده اگرچه به نتایجی اندک متناقض با یکدیگر رسیده باشند. این مطالعات و نتایج حاصله از آن اهمیت هرچه بیشتر آموزش را روشن می کند. نتایج این تحقیق نشان از تأثیر بیشتر آموزش به روش چهره به چهره نسبت به پمفلت دارد اما نمی‌توان اثر مثبت پمفلت و سایر روش‌های آموزشی را انکار کرد. آموزش به هر طریقی که باشد اگر به طرز مطلوب ارائه شود (مثلاً سخنرانی با بیان شیوا و رسا و پمفلت با طرح‌های جالب و مناسب) تأثیر مثبت خود را اعمال می‌کند.

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه‌گرفت که با وجود اختلافات هرچند جزئی در بعضی از متغیرها، آموزش جهت ارتقاء سطح دانش و عملکرد دانش آموزان در هر سطح و قشری موثر و لازم است. طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزش سلامت، بی‌تردید نقش موثری در افزایش میزان آگاهی وعملکرد دانش آموزان و سایر افراد (مثل زنان، سالمندان) می تواند داشته باشد. با توجه به نتایج این پژوهش و جایگاه مهم و پررنگ دانش آموزان به عنوان آینده سازان و مبلغان در زمینه‌های مختلف مثل سلامت و همچنین افزایش آمار بیماری‌های قلبی عروقی و عوامل خطر آن پیشنهاد می‌شود که آموزش بخصوص به صورت سخنرانی در مدارس به عنوان یک برنامه بهداشتی مستمر توسط برنامه‌ریزان و مدیران اجرا شود. مطالعات زیادی که درخصوص مقایسه این دو روش صورت گرفته نتایج مشابهی را نشان می‌دهد، لذا توصیه می‌شود که تحقیقات مشابهی جهت تعیین تأثیر سایر روش‌های آموزشی انجام گیرد.

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان به جهت حمایت های مالی انجام طرح و دانشجویان مینا دهقان، مهین امین و فرحناز پریشانی به جهت کمک در گردآوری اطلاعات و همکاران محترم در واحد مدارس، آموزش سلامت در معاونت بهداشتی، شبکه بهداشت و دبیرستان‌های مورد مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Andreoli TE, Benjamin IJ, Griggs RC, Wing EJ.Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine.8th ed. Philadelphia PA: ElsevierSaunders; 2010.

2- Sadock B, Sadock V. Kaplan and sadock scomperehensive textbook of phsychiatry. 9thed. New York: Williams and wilkins. 2009.

3- Nabi H, Hall M, Koskenvuo M, Singh-Manoux A, Oksanen T, Suominen S, et al. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. J Biol Psychiatry 2010; 67(4):378–85.

4- Imanipour M, Bassampour Sh, Haghani H. [Relationship between Preventive Behaviors and Knowledge Regarding Cardiovascular Diseases]. J of Hayat 2008; 14(2): 41-49. [Persian]

5- Istibsari F. The impact of interventional education program on physical activity. J of Payavard Salamat 2008; 2(4): 56-63. [Persian]

6- Ansari R, Khosravi A, Bahonar A, GHazali M, Riahi M, Tahernejad F, et al. [The Effect of Educational Interventions on the Knowledge of Health Personnel to Control and Treatment of Cardiovascular Diseases]. Dena, Quarterly J Yasuj Faculty of Nurs Midwifery 2007; 2(2): 1-10. [Persian]

7- Karimi S, Kazemi M, Shabanishahrbabaki Z, Vzirinejad R.[Comparing the effects of lecture presentation and pamphlet on knowledge and attitude of female senior students in Sirjan high school about AIDS]. J Hormozgan Uni Med Sci 2006;3(10): 285- 290.[Persian]

8- Khakbazan Z, Jamshidi F, Mehran A, Damghanian M. Effects of Lecture Presentation and Presenting Educational Packages on Girls' Knowledge About Adolescence Health. J of Hayat 2008; 14 (1): 41 -48. [Persian]

9- Moemeni E, Malekzadeh JM.[Comparing the effect of pamphlet versus lecture on the nutritional knowledge of health communicators]. Armaghane-danesh bimonthly J Yasuj Uni Med Sci 2000; 5 (19-20):49-54. [Persian]

10- Bastami F, Zareban E, Beiranvand A, Vahedi S. Effect of Educational Pamphlet on Knowledge and Attitude of Non-Medical Students about AIDS in University of Zabol in 2008. J Health Syst Res 2013; 8(6): 1027-39. [Persian]

11- Noorian K, Rajaei M, Moazeni M, Aein F. Compare the effectiveness of face-to-face educationwithleaflet on preoperative knowledge of patients undergoing elective surgery- A randomized clinical trial. J Clin Nurs Midwifery 2013; 2(3): 1-7. [Persian]

12- Sharifzade Gh, Modi M, Zendedel A. Evaluation the health education effect on knowlege and attitude of girl high school students about AIDS in in Birjand. J Birjand Univ Med Sci 2010; 17(1): 42-9. [Persian]

13- Hosseini H, Shorka H, Lashkardoost H, Rajabzadeh R, AS Khakshvar. A comparision betwaen lecture and pamphlet teaching methods on knowledge and attitude of high school students about HIV infection in Maneh & Semelghan. J North Khorasan Uni Med Sci 2011; 2(4): 13-18. [Persian]

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

14- Paknahad Z, Sharifirad GhR, Yazdani M, Hoseini SM.[Effect of nutrition education on nutritional knowledge and attitude among adolescent girls (Isfahan_ Iran)]. Health Sys Res (HSR) 2010; 6(1): 73-78. [Persian]

15- Jean NR, Chard N, Alfred K. HIV/AIDS education among incarcerated youth. J Criminal Justice 2000; 2(23):415-433.

16- Mitchell K, Nakamanya S, Kamali A, Withworth JA.Community-based HIV/AIDS education in rural Uganda: which channel is most effective?.J Health Edu Res 2001; 16(4):411-423.

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]

Comparison of Two Face -to -Face and Pamphlet Training Methods in Increasing Awareness and Performance of Cardiovascular Diseases Risk Factors among Kashan High School Girl Students

Ramezani Y, Akbari H, *Mobasheri M

Received: 2013/6/30 Accepted: 2013/9/12

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is currently regarded as the most common cause of mortality in our country and people must be familiar with its risk factors. The purpose of this study was to compare two methods of face to face and pamphlet training (education) to increase awareness of cardiovascular risk factors among high school girl students in Kashan.

Methods: This quasi-experimental study was carried out on 150 high school girl students selected through multistage random sampling method in 2011.The samples were divided into two face to face and pamphlet training and their awareness and performance before and after the intervention and one month later was assessed. The data were analyzed by SPSS 11.5 through t-test and chi-square test.

Results: In both groups, there was a meaningful difference between the pre-test and post-test scores ($p<0.05$) but the magnitude of this difference was more in first group (2.2±3.17 and 1.74). There was meaningful statistical difference comparing two groups in respect to the three parts of the knowledge and practice score (post-test, one month later) but no difference in post-test and one month later. (Knowledge $p<0.05$, practice $p<0.05$)

Conclusion: This study concluded that face-to-face training was more efficient comparing pamphlet training.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Risk Factors, Knowledge, education

Corresponding author: Mobasheri M, Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. mobasheri@skums.ac.ir
Ramezani Y, Department of Statistics and Public Health, School of Public Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
Akbari H, Department of Statistics and Public Health, School of Public Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

[Downloaded from rme.gums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.rme.5.2.8]