مقایسه تأثیر آموزش رژیم غذایی به دو شیوه سخنرانی و نمایش فیلم بـر آگـاهی و نگـرش رابطـان بهداشتی

محسن صفاری: * دانشجوی دکترای آموزش سلامت، گروه آموزش سلامت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
داود شجاعی زاده: استاد، گروه آموزش سلامت و ارتقای سلامت، دانشکده سلامت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
محمود محمودی: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده سلامت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
سیدرضا حسینی سده: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره اول زمستان ۱۳۸۹ صص ۷۱-۶۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ آبان ۱۳۸۹]

چکیده

رژیم غذایی یکی از مهم‌ترین اجزای شیوه زندگی محسوب می‌شود و بهبود آن نیازمند کـاربرد روش‌هـای مناسـب آموزشـی در جهـت ارتقای سطح آگاهی و نگرش افراد جامعه در رابطه با آن است. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه تأثیر دو روش سخنرانی و نمـایش فـیلم ویدیویی در ارتقای سطح دانش و نگرش تغذیه‌ای رابطان بهداشتی است.

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بر روی ۱۶۰ زن رابط بهداشتی تحت پوشش مرکز سلامت جنوب تهران است که به وسیله فرآیند تخصیص تصادفی به دو گروه مساوی (هر گروه شامل ۸۰ نفر) تقسیم شدند. گروه اول ، آموزش کوتاه مدتی را در مورد رژیم غذایی مناسب با استفاده از روش سخنرانی دریافت نمود و گروه دوم در مدت زمان مشابهی به وسیله نمـایش فـیلم ویـدیویی آمـوزش دیدنـد. آگـاهی و نگرش شرکت کنندگان به وسیله پرسشنامه خود گزارشی و به صورت پیش آزمون ـ پس آزمـون مـورد سـنجش قـرار گرفتـه و داده‌هـای ذی‌ربط با استفاده از آزمون‌های آماری متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

میانگین سنی کل واحدهای پژوهش۳۸/۱۱ سال و همگی مؤنث بودند. میانگین نمرات آگاهی در گـروه سـخنرانی (قبـل ۲/۱۷ ±:۶/۶۳، بعد: ۱/۵۱± ۱۲/۲۷) و نمایش فیلم (قبل: ۲/۳۸ ± ۷/۸۷، بعد: ۱/۵۹ ± ۱۱/۵۱) بود. یافته‌های پـژوهش حـاکی از ارتقـای معنـی‌دار سـطح آگاهی و نگرش شرکت کنندگان با استفاده از هر دو روش آموزشی بود (P<۰/۰۰۰۱). با این وجود، روش سـخنرانی تـأثیر بیـشتری را بـر بهبود دانش و نگرش تغذیه‌ای افراد نشان داد (P<۰/۰۰۰۱). اکثر شرکت کنندگان نیز رسانه‌های گروهی را به عنوان منبع آمـوزش قبلـی خود در مورد رژیم غذایی مناسب گزارش نمودند.

این مطالعه نشان داد که هر دو روش آموزشی سخنرانی و نمایش فیلم ویدیویی می‌توانند روش‌های مؤثری برای ارتقای سطح آگـاهی و نگرش تغذیه‌ای افراد باشند، اگرچه روش سخنرانی، اثر بخشی بیشتری دارد. یافته‌های این مطالعه لزوم انجام پژوهش‌هـای بیـشتر در ایـن زمینه را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سخنرانی، نمایش فیلم ویدیویی، آگاهی، نگرش، رژیم غذایی، رابطان بهداشتی

* نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، جنب بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه تربیت مدرس
E-mail:saffari.ches@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

مقدمه

یکی از معضلات بهداشتی جامعه متمدن امروزی، شیوه زندگی نادرست مردم بوده و رژیم غذایی از جمله عوامل مؤثر بر شیوه زندگی مردم است. شیوه زندگی به خصوص در بیماری‌های مزمن، نظیر دیابت، چاقی، بیماری‌های قلبی ـ عروقی که بیماری‌های تمدن نیز نامیده می‌شوند، نقش مهمی ایفا می‌نماید. این در حالی است که به رغم اختصاص میلیون‌ها دلار بودجه که صرف توسعه کشاورزی، پروژه‌های نوسازی و گسترش تغذیه‌های تکمیلی می‌شود، سوء تغذیه همچنان به عنوان یک مشکل اساسی در بین مردم جهان مشاهده می‌گردد [۲، ۱]. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد، میزان سوء تغذیه ناشی از عدم آگاهی از نحوه مصرف متعادل مواد غذایی، بیش از سوء تغذیه ناشی از فقر و کمبود مواد غذایی بوده و این عدم آگاهی منحصر به یک طبقه اجتماعی خاص نیست [۴، ۳]. رژیم غذایی نادرست، عامل خطر شناخته شده‌ای در پیشرفت بیماری‌هایی نظیر بیماری عروق کرونر قلب، سرطان و سکته مغزی است که می‌توانند موجب مرگ انسان گردند. نتایج یک ارزیابی در ایالات متحده نشان داد که از هر ۱۰ عاملی که منجر به مرگ می‌شوند، ۴ مورد از آنها با رژیم غذایی ارتباط دارد [۶، ۵]. همچنین تخمین زده می‌شود که ۸۰ تا ۹۰ درصد از سرطان‌ها با عوامل محیطی ارتباط داشته و ۳۵ درصد از این عوامل مربوط به رژیم غذایی است. نتایج پژوهش دیگری نیز نشان می‌دهد که سوء تغذیه، یکی از چهار عامل اصلی مرگ در ایالات متحده به شمار می‌رود [۸، ۷]. امروزه ارتقای سطح آگاهی‌های تغذیه‌ای جامعه یا به عبارت بهتر مبارزه با مشکل بی‌سوادی و عدم آگاهی، یکی از راهکارهای مفید برای کاهش میزان سوء تغذیه و مشکلات تغذیه‌ای در سطح جامعه شناخته شده است؛ چرا که در اکثر موارد، نداشتن آگاهی‌های تغذیه‌ای صحیح، از علل مهم بروز سوء تغذیه به شمار می‌رود. در همین رابطه وزارت کشاورزی ایالات متحده معتقد است که با استفاده از برنامه‌های تغذیه‌ای صحیح و آموزش، می‌توان ابتلا و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی را به میزان ۲۵ درصد و سرطان را تا ۲۰ درصد کاهش داد [۹]. شاید یکی از مهم‌ترین اهداف آموزش سلامت، آگاه کردن افراد و اجتماعات از خطراتی است که یکی از ارزنده‌ترین نعمت‌ها یعنی سلامتشان را تهدید می‌کند [۱۰]. طبق تعریف، آموزش سلامت عبارتست از هرگونه ترکیبی از تجارب برنامه ریزی شده یادگیری مبتنی بر نظریه‌های مناسب که برای افراد، گروه‌ها و جوامع، فرصت کسب اطلاعات و مهارت‌های مورد نیاز جهت اتخاذ تصمیمات مناسب در رابطه با بهداشتی را فراهم آورد [۱۱]. همانطور که از این تعریف بر می‌آید برنامه ریزی آموزشی، یکی از ارکان آموزش سلامت مؤثر است و پر واضح است که برنامه ریزی صحیح در زمینه آموزش نیازمند انتخاب روش مناسب است. برای اجرای آموزش سلامت از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود که از جمله آنها می‌توان به سخنرانی، بحث درگروه‌های کوچک (گروه‌های کانونی)، ایفای نقش، اجرای نمایش، نمایش فیلم، مطالب چاپی و غیره اشاره نمود [۱]. در کارهای آموزشی از همه بیشتر از سخنرانی استفاده می‌شود. از جمله در مورد آموزش سلامت، سخنرانی می‌تواند موجب جلب علاقه نسبت به یک موضوع شود و گروه را تقویت کرده و اطلاعات پایه در مورد آنچه باید بدانند را به اعضای گروه بدهد [۱۲]. سخنرانی را می‌توان یکی از روش‌های سنتی آموزش سلامت به حساب آورد که از دیرباز بسیار مورد استفاده قرار گرفته و شاید بتوان آن را نخستین شیوه آموزشی نامید، ولی امروزه با پیشرفت چشمگیری که در تکنولوژی آموزشی به وجود آمده است، روش‌های بسیار متنوعی برای آموزش پدید آمده است که البته اثربخشی و کارایی بسیاری از آنها همچنان مورد تردید است. یکی از روش‌های نسبتاً نوین در این زمینه، استفاده از فیلم‌های مستند آموزشی است که ادعا می‌شود با استفاده از آنها نیز می‌توان آموزش را در سطوح مختلفی، از یک آموزش سطحی تا سطح یادگیری کامل ارایه نمود [۱۳].

در زمینه مقایسه تأثیر روش‌های مختلف آموزشی مطالعات مختلفی در جهان و ایران صورت گرفته است که البته حجم بیشتر این مطالعات همراه با تحول در نظام‌های تکنولوژی آموزشی در طول سال‌های ۱۹۳۰ تا ۱۹۷۰ میلادی انجام شده است [۱۴]. با توجه به مرور متون، پژوهش‌های مربوط به مقایسه اثر بخشی روش‌های آموزشی در زمینه سلامت، در ایران نیز رشد قابل توجهی داشته است که البته غالباً به مقایسه روش‌هایی همچون سخنرانی، کتابچه، پمفلت، پوستر و... و یا به عبارت دیگر مقایسه رسانه‌های چاپی و گفتاری پرداخته‌اند و آموزش چند رسانه‌ای و الکترونیک کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در کشور ما برنامه‌های آموزشی و بازآموزی در بسیاری از موارد بدون برنامه‌ریزی و تجزیه و تحلیل کافی صورت می‌گیرد و معمولاً الگوی آموزشی مشابهی مورد تقلید قرار می‌گیرد؛ بدون بررسی این که آیا این برنامه که در یک منطقه اجرا شده است، می‌تواند با شرایط موجود در سایر نقاط اجرا شود و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

تأثیر مناسب بگذارد یا خیر [۱۵]. این در حالی است که برای اجرای موفق یک برنامه آموزشی عوامل زیادی از جمله انتخاب گروه هدف، روش، محتوی و کانال مناسب باید مورد توجه قرار گیرد [۱۱].

رابطان بهداشتی محلی، یکی از مهم‌ترین حلقه‌های شبکه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای ارایه آموزش به جامعه شهری محسوب می‌شوند. این افراد اولین نقطه تماس بین جامعه شهری و شبکه را تشکیل می‌دهند. آنها در متن جامعه شهری قرار داشته و در تماس مستمر با افراد خانواده‌ها هستند، لذا به آسانی می‌توانند پیام‌های بهداشتی را به مردم برسانند [۱۶]. بنابراین می توانند گروه هدف مناسبی برای انتشار اطلاعات مربوط به سلامت باشند.

رابطان بهداشتی، قشر داوطلب برای اشاعه فرهنگ و آموزش سلامت بوده و می‌توانند با فعالیت داوطلبانه و بدون هزینه‌های اضافی در بطن جامعه، بسیاری از نیازهای آموزشی و اطلاعاتی افراد را در زمینه‌های مختلف بهداشتی برآورده سازند. بدین ترتیب به نظر می‌رسد، شناخت شیوه مؤثر برقراری ارتباط و آموزش به آنها نقش قابل توجهی در پیشبرد اهداف آموزش سلامت در جامعه و در بین مردم خواهد داشت. به علاوه شناخت اثربخشی شیوه‌های متنوع آموزشی بر روی گروه‌هایی همچون رابطان بهداشتی، می‌تواند به بررسی سایر عوامل مؤثر بر یادگیری کمک نموده و نتایج آن در برنامه‌ریزی‌های آموزشی آتی مورد توجه قرار گیرد. از این رو در مطالعه حاضر دو شیوه آموزشی سخنرانی و نمایش فیلم به عنوان روش‌های کارآمد از نظر تأثیرگذاری بر رژیم غذایی مورد مقایسه قرار می‌گیرند.

مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون ـ پس آزمون بدون گروه شاهد بوده و دارای دو متغیر مستقل یعنی آموزش به دو روش سخنرانی و نمایش فیلم ویدیویی و دو متغیر وابسته یعنی آگاهی و نگرش است که در دو گروه مداخله انجام شده است.

نمونه‌های این پژوهش در قالب دو گروه و از بین رابطان بهداشتی زن تحت پوشش مرکز سلامت جنوب تهران انتخاب شدند. با توجه به این که مطالعات اولیه نشان دادند که آموزش به روش سخنرانی حدود ۲۰ درصد بیشتر از روش‌های غیرحضوری نظیر نمایش فیلم، تأثیر داشته و با توجه به مطالعات مشابه چنین انتظار می‌رفت که سطح آگاهی رابطان با استفاده از ابزار ساخته شده حدود ۶۰ درصد باشد، از این رو، حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه با اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمونی برابر ۸۰ درصد با استفاده از فرمول آماری مربوطه، ۷۸ نفر تعیین گردید که جهت اطمینان بیشتر ۸۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و عضویت در گروه رابطان بهداشتی مراکز بهداشتی ـ درمانی بودند. معیار خروج خاصی نیز برای این مطالعه درنظر گرفته نشد. در این پژوهش از روش تخصیص تصادفی برای نمونه گیری استفاده شده است. بدین ترتیب که پژوهشگر پس از انجام هماهنگی‌های لازم و دریافت لیست مراکز بهداشتی ـ درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران و برقراری تماس تلفنی با مراکز موجود در فهرست و جویا شدن تعداد رابطان فعال هر مرکز، با توجه به حجم نمونه، تعداد ۱۲ مرکز بهداشتی ـ درمانی را که بیشتر از ۱۰ رابط بهداشتی فعال داشتند، انتخاب نمود و یک مرکز نیز جهت بررسی پایایی پرسشنامه در نظر گرفته شد. سپس از طریق فرآیند تخصیص تصادفی نیمی از رابطان (۶ مرکز) در گروه سخنرانی و نیم دیگر در گروه نمایش فیلم قرار گرفتند.

اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه که در دو مرحله توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد، جمع‌آوری گردید. ابزار مذکور حاوی ۳۳ سؤال و مشتمل بر سه قسمت است. قسمت اول شامل ۸ سؤال درباره اطلاعات جمعیت‌شناختی و عمومی واحدهای پژوهش (سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، شغل، آموزش قبلی در مورد رژیم غذایی و نحوه آن و مدت فعالیت به عنوان رابط بهداشتی) و قسمت دوم شامل ۱۴ سؤال مربوط به آگاهی در زمینه اصول رژیم غذایی مناسب است که به هر سؤال ۱ نمره اختصاص یافته و حداکثر نمرات آگاهی، ۱۴ نمره در نظر گرفته شده است. قسمت سوم نیز دارای ۱۱ سؤال مربوط به نگرش نسبت به رژیم غذایی مناسب است که بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم گردیده و برای هر سؤال، صفر تا چهار نمره منظور شده است. در این مطالعه برای تقسیم بندی نمرات آگاهی و نگرش، نمره ۰ تا ۷ آگاهی به عنوان آگاهی پایین و نمره ۸ تا ۱۴ آگاهی به عنوان آگاهی بالا؛ نمره ۰ تا ۲۲ نگرش به عنوان نگرش منفی و نمره ۲۳ تا ۴۴ آن به عنوان نگرش مثبت تعیین گردید.

برای سنجش روایی ابزار مطالعه از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه با مطالعه مقالات، کتب و تحقیقات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

علمی و معتبر و بر اساس اطلاعات موجود در هرم غذایی تهیه گردید و محتوای آن توسط استادان راهنما، مشاور، ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و یک کارشناس تغذیه بررسی شده و اصلاحات لازم لحاظ گردید.

جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش پایایی آزمون ـ آزمون مجدد استفاده گردید. بدین منظور، پرسشنامه تنظیم شده، در ۲ مرحله به فاصله ۱۰ روز جهت تکمیل در اختیار ۱۰ نفر از رابطان بهداشتی قرار گرفت که در نهایت همبستگی بین نتایج حاصل از دو مرحله آزمون حدود ۸۲ درصد محاسبه گردید.

قبل از اجرای پژوهش، طرح پیشنهادی آن توسط کمیته بازنگری تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسید و به شرکت کنندگان نیز اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها به صورت محرمانه حفظ گردد. پس از معرفی و توضیح اهداف و کسب رضایت واحدهای پژوهش برای شرکت در تحقیق، ابتدا از هر دو گروه توسط پرسشنامه پیش آزمون به عمل آمد. سپس برای گروه اول یک برنامه آموزشی به شیوه سخنرانی، طی یک جلسه ۲۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. برای گروه دوم نیز یک فیلم آموزشی با همان مطالب محتوایی ارایه شده در سخنرانی و با مدت زمان مشابه (۲۰ دقیقه) تهیه گردید و به نمایش در آمد. شایان ذکر است به منظور جلوگیری از یادآوری در نتیجه اثر آزمودن، بین پیش آزمون و پس آزمون حدود یک ماه فاصله در نظر گرفته شد. پس از انجام مداخله آموزشی، از هر دو گروه، آزمون نهایی توسط پرسشنامه اولیه به عمل آمد و اطلاعات جمع‌آوری شده مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌مستقل، تی‌زوج، کای دو و مک‌نیمار انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه‌های سخنرانی و نمایش فیلم به ترتیب ۳۷/۹۳ و ۳۸/۲۹ است. در هر دو گروه سخنرانی (۸۸/۷۵ درصد) و نمایش فیلم (۹۵ درصد) اکثر واحدهای مورد پژوهش متأهل بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه سخنرانی (۳۰ درصد) و نمایش فیلم (۴۱/۳ درصد) دارای ۲ فرزند بوده و بیشتر واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه سخنرانی (۴۵ درصد) و نمایش فیلم (۵۸/۷۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم بودند. اغلب واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه سخنرانی (۹۳/۸ درصد) و نمایش فیلم (۹۶/۳ درصد) خانه دار بوده و شغل دیگری نداشتند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه سخنرانی (۷۷/۵ درصد) و نمایش فیلم (۸۶/۳ درصد) دارای سابقه آموزش قبلی در مورد رژیم غذایی مناسب بوده و از این دسته، اکثرشان رسانه‌های گروهی را به عنوان منبع آموزشی قبلی خود گزارش نمودند. همچنین میانگین مدت فعالیت (سنوات خدمت) در دو گروه سخنرانی (۵/۹۹±۴/۷۰) و نمایش فیلم (۵/۹۹±۴/۱۶) تقریباً مشابه بود. آزمون کای دو نیز اختلاف معنی‌داری را از نظر مشخصات جمعیتی و عمومی فوق در دو گروه نشان نداد. یافته‌ها نشان داد ۶۳/۷۵ درصد (۵۱ نفر) از واحدهای پژوهش قبل از آموزش به روش سخنرانی دارای آگاهی پائین نسبت به رژیم غذایی مناسب بودند که بعد از آموزش ۹۸/۷۵ درصد (۷۹ نفر) آگاهی بالا کسب نموده و آزمون مک نیمار نیز تأثیر کاملاً آشکار و معنی‌دار (P<۰/۰۰۰۱) آموزش به روش سخنرانی را نشان می‌دهد (جدول شماره ۱). ۵۷/۵ درصد (۴۶ نفر) ازواحدهای پژوهش، قبل از آموزش به روش نمایش فیلم دارای آگاهی بالا نسبت به رژیم غذایی مناسب بودند که این میزان پس از آموزش به ۹۶/۲۵ درصد (۷۷ نفر) ارتقا یافته است و نتیجه آزمون مک نیمار نیز حاکی از اثر بخشی روش نمایش فیلم ویدئویی در افزایش آگاهی واحدهای مورد پژوهش در رابطه با رژیم غذایی مناسب بوده است که این تأثیر به لحاظ آماری کاملاً معنی‌دار (P<۰/۰۰۰۱) است (جدول شماره ۱). بر اساس یافته‌های جدول شماره ۳، نتایج آزمون تی زوج نیز نشان دهنده تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی واحدهای پژوهش با هر دو روش سخنرانی (P<۰/۰۰۰۱) و نمایش فیلم (P<۰/۰۰۰۱) بود. جهت مقایسه دو روش، از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج اختلاف معنی‌داری (P<۰/۰۰۰۱) را بین ۲ گروه از نظر میانگین تغییرات نمرات آگاهی در ۲ مرحله آزمون نشان داد و این بدان معنی است که آموزش به روش سخنرانی تأثیر بیشتری نسبت به روش نمایش فیلم بر میزان آگاهی داشته است. اکثر واحدهای پژوهش (۶۶ نفر- ۸۲/۵ درصد) قبل از آموزش به روش سخنرانی دارای نگرش مثبت نسبت به رژیم غذایی مناسب بوده و پس از آموزش همه آنها (۱۰۰ درصد) نگرش مثبت داشتند. نتایج آزمون مک نیمار نیز نشان داد بین نگرش واحدهای مورد پژوهش قبل و پس از آموزش به روش سخنرانی اختلاف معنی‌دار آماری (P<۰/۰۰۰۱) وجود دارد. یعنی آموزش به روش سخنرانی بر بهبود نگرش واحدهای مورد پژوهش تأثیر داشته است. قبل از آموزش به روش نمایش فیلم نیز، اکثر واحدهای مورد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

پژوهش (۷۲ نفر- ۹۰ درصد) دارای نگرش مثبت و پس از آموزش ، همه آنها (۱۰۰ درصد) نگرش مثبت نسبت به رژیم غذایی مناسب داشتند. نتایج آزمون مک نیمار نشان داد بین میزان نگرش واحدهای مورد پژوهش قبل و پس از آموزش به روش نمایش فیلم، اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد (P<۰/۰۰۸) و بنابراین تأثیر روش نمایش فیلم ویدئویی در تغییر نگرش در رابطه با رژیم غذایی مناسب مورد تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون تی زوج نشان داد که آموزش با هر دو روش سخنرانی (P<۰/۰۰۰۱) و نمایش فیلم (P<۰/۰۰۰۱) بر تغییر نگرش واحدهای پژوهش نسبت به رژیم غذایی مناسب تأثیر داشته است. آزمون تی مستقل نیز حاکی از وجود اختلاف معنی‌دار آماری (P<۰/۰۰۰۱) بین ۲ گروه از نظر میانگین تغییرات نمرات نگرش در ۲ مرحله آزمون بود. یعنی آموزش به روش سخنرانی، تأثیر بیشتری بر نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به رژیم غذایی مناسب در مقایسه با روش نمایش فیلم داشته است (جدول شماره۲). نمودار شماره ۱، میانگین نمرات آگاهی و نگرش را در هر دو گروه، قبل و بعد از آموزش با هم مقایسه کرده است.

بحث و نتیجه گیری

میانگین سنی گزارش شده در قسمت یافته‌ها نزدیک به میانگین سنی رابطان بهداشتی در پژوهشی است که توسط جزایزی و همکاران در سال ۱۳۷۷ انجام گرفت و میزان آن ۸/۸۴ ±۳۰/۶۴ گزارش شد. در پژوهش جزایری و همکاران، سطح تحصیلات دیپلم و راهنمایی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است [۱۷] ودر این پژوهش نیز سطح تحصیلات اکثر افراد در هر دو گروه دیپلم بود. همانطور که گفته شد اکثر شرکت کنندگان این مطالعه شغل دیگری غیر از خانه‌داری نداشتند؛ این یافته با پژوهش مؤمنی و ملک زاده که در آن نیز تمامی رابطان خانه دار بودند، همخوانی دارد [۱۸]. افزایش دو برابری میزان امتیازات آگاهی در اثر سخنرانی، مؤید این مطلب است که اگرچه سخنرانی، یک روش سنتی محسوب می‌شود، اما در صورت استفاده صحیح، همچنان به عنوان یک روش مؤثر و کارآمد مطرح است. در این پژوهش، آموزش به روش نمایش فیلم نیز توانست با میزان کمتری نسبت به سخنرانی، ولی به طوری کاملاً معنی‌دار آگاهی و نگرش را تحت تأثیر خود قرار دهد. در تحقیقی نیز که در سال ۲۰۰۰ تحت عنوان آموزش به روش نمایش فیلم ویدیویی در مورد بیماری ایدز در روسیه انجام شد، بین میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش قبل و پس از آموزش، اختلاف معنی‌دار(P<۰/۰۱)گزارش گردید [۱۹].

همانطور که اشاره شد بیشتر واحدهای پژوهش، منبع قبلی اطلاعات خود را در زمینه تغذیه مناسب رسانه‌های گروهی اعلام کردند که این مطلب بیانگر نقش عمده این رسانه‌ها در انتقال اطلاعات و از جمله اطلاعات بهداشتی است و لزوم برنامه ریزی مؤثر برای استفاده بهینه از این رسانه‌ها را در انتقال مفاهیم بهداشتی و تغذیه‌ای تأیید می‌نماید. به رغم این که بخش اعظم اقداماتی که در زمینه آموزش سلامت صورت می‌گیرد، معمولاً به شکل برنامه یا بسته آموزشی در اختیار مخاطبان هدف قرار می‌گیرد و به نوعی بهداشتی آنها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، ولی شیوه‌های پیاده سازی این برنامه‌ها یا به عبارت دیگر روش انتقال مفاهیم و اطلاعات مربوط به سلامت، کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ این در حالی است که در مقوله ارتباطات بهداشتی، انتخاب کانال یا رسانه درست متناسب با نوع اطلاعاتی که در اختیار مخاطب قرار می‌گیرد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این پژوهش سعی شد دو مورد از این کانال‌ها یا روش‌های انتقال پیام که شاید بتوان آنها را نماینده روش‌های حضوری و غیرحضوری دانست، مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند و اثربخشی و کارایی آنها در بیان مفاهیم ساده مربوط به رژیم غذایی ـ که از دغدغه‌های بزرگ جامعه متمدن امروزی است ـ سنجیده شود. با توجه به مروری بر مطالعات صورت گرفته در این زمینه در کشور، می‌توان گفت لااقل با توجه به منابع منتشر شده، این برای اولین بار است که چنین مطالعه‌ای در حوزه سلامت کشور صورت گرفته است. البته مطالعات مشابهی در زمینه مقایسه روش‌های دیگر همچون پوستر، کتابچه، پمفلت و غیره با سخنرانی نیز صورت گرفته که در اکثر آنها روش سخنرانی برتر شناخته شده ولی کارایی و اثربخشی روش‌های دیگر نیز در حد مناسب ارزیابی شده است [۱۸، ۲۰، ۲۱]. اما با توجه بیشتر به حجم اطلاعات بهداشتی که از طریق رسانه‌های گروهی از جمله تلویزیون در دسترس مخاطبان قرار می‌گیرد، شاید جای خالی چنین مطالعاتی بیش از پیش احساس شود. البته در این مطالعه قصد مقایسه تلویزیون را به عنوان یک رسانه گروهی نداشتیم، چرا که اصلاً شرایط پخش و نوع مخاطب یک برنامه تلویزیونی با پخش یک فیلم آموزشی مستند به طور کلی متفاوت است، ولی از این باب که در هر دو، تلویزیون به عنوان رسانه پیام بکار می‌رود شباهت‌هایی نیز وجود دارد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

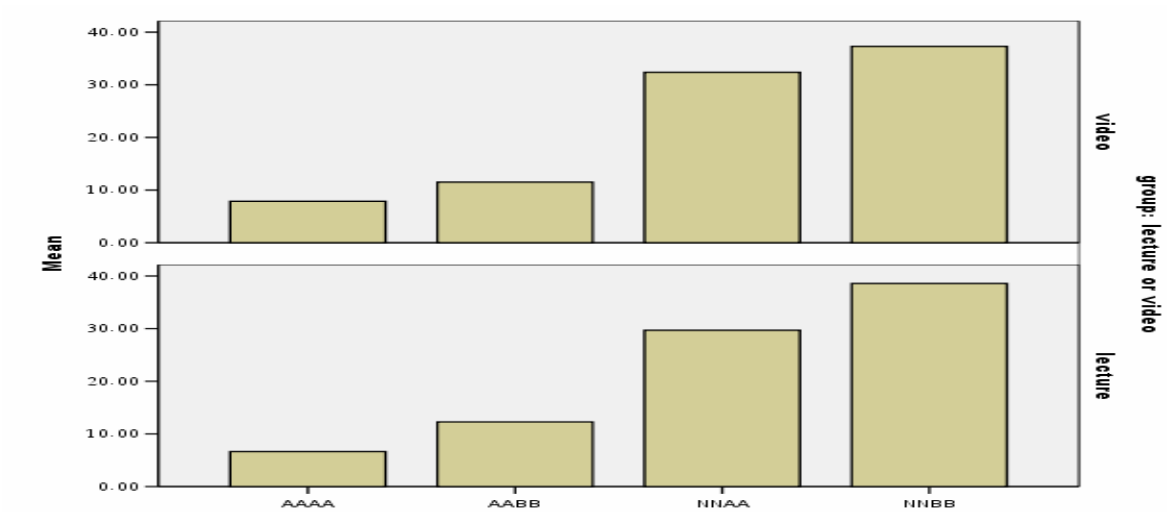
جدول شماره ۱- مقایسه فراوانی مطلق و نسبی میزان آگاهی در زمینه رژیم غذایی مناسب

سطح آگاهی	قبل از آموزش				بعد از آموزش				مک نمار
	بالا		پایین		بالا		پایین		
گروه	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سخنرانی									χ^2=۴۸/۰۲
بالا	۲۹	۳۶/۲۵	۰	۰	۲۹	۳۶/۲۵	۰	۰	P<۰/۰۰۱
پایین	۰	۰	۵۰	۶۲/۵	۴۹	۶۱/۲۵	۱	۱/۲۵	
جمع	۲۹	۳۶/۲۵	۵۰	۶۲/۵	۷۸	۹۷/۵	۱	۱/۲۵	
نمایش ویدیویی									χ^2=۲۹/۰۳
بالا	۴۶	۵۷/۵	۰	۰	۴۶	۵۷/۵	۰	۰	P<۰/۰۰۱
پایین	۰	۰	۳۱	۳۸/۷۵	۲۸	۳۵	۳	۳/۷۵	
جمع	۴۶	۵۷/۵	۳۱	۳۸/۷۵	۷۴	۹۲/۵	۳	۳/۷۵	

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و نگرش در گروه‌های مورد مطالعه در دو مرحله قبل و بعد از آموزش

نمرات	گروه	سخنرانی		نمایش فیلم		نتیجه آزمون تی مستقل
	شاخص	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش	بعد از آموزش	
آگاهی						t=۶/۴۲ ،P<۰/۰۰۰۱
	میانگین	۶/۶۳	۱۲/۲۷	۷/۸۷	۱۱/۵۱	
	انحراف معیار	۲/۱۷	۱/۵۱	۲/۳۸	۱/۵۹	
	میانگین تغییرات	۵/۶۳		۳/۶۳		
	انحراف معیار تغییرات	۲/۰۲		۱/۹۱		
	نتیجه آزمون تی زوج		t=۲۴/۸۸ ،P<۰/۰۰۰۱		t=۱۷/۰۲ ،P<۰/۰۰۰۱	
نگرش						t=۲۴/۸۸ ،P<۰/۰۰۰۱
	میانگین	۲۹/۶۸	۳۸/۵۷	۳۲/۳۷	۳۷/۳۱	
	انحراف معیار	۶/۵۸	۴/۱۹	۵/۸۱	۴/۰۹	
	میانگین تغییرات	۸/۸۸		۴/۹۳		
	انحراف معیار تغییرات	۶/۰۳		۴/۰۸		
	نتیجه آزمون تی زوج		t=۱۳/۱۷ ،P<۰/۰۰۰۱		t=۱۰/۸۱ ،P<۰/۰۰۰۱	

نمودار شماره ۱- مقایسه میانگین نمرات آگاهی و نگرش قبل و پس از آموزش به دو روش نمایش فیلم و سخنرانی



AAAA: میانگین نمرات آگاهی قبل از آموزش، AABB: میانگین نمرات آگاهی پس از آموزش
NNAA: میانگین نمرات نگرش قبل از آموزش، NNBB: میانگین نمرات نگرش پس از آموزش
حداکثر نمرات آگاهی = ۱۴ امتیاز و حداکثر نمرات نگرش = ۴۴ امتیاز است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

در مقایسه، مطالعه جاری با معدود مطالعاتی که در این زمینه در سطح جهان انجام شده و در دسترس ما قرار گرفت، در چند مورد، نتایج قدری متفاوت بود. مثلاً در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۶ توسط مک آلفین در آمریکا صورت گرفت و از دو روش نمایش فیلم و سخنرانی برای آموزش ضمن خدمت پرستاران استفاده شد، تفاوت چندانی در یادگیری افراد در مقایسه دو روش گزارش نگردید [۲۲]، یا در مطالعه مشابه دیگری که در کشور روسیه برای آموزش در زمینه بیماری ایدز از این دو روش استفاده شد، اختلاف بین این دو روش با شدت کمتری ($P<۰/۰۱$) به نفع سخنرانی (نسبت به مطالعه حاضر) معنی‌دار اعلام گردید [۱۹].

البته تفاوت اصلی مطالعات مذکور با مطالعه جاری، مدت زمان بکار گیری دو روش است چرا که در هر دو مطالعه برای مدت زمانی بیش از ۶ ماه یا در چندین جلسه متوالی از روش‌های فوق استفاده شده، در حالی که در مطالعه حاضر به علت محدودیت‌های زمانی و مکانی و نبود منابع کافی جهت پی‌گیری مطالعه فقط به سنجش یادگیری بلافاصله پس از آموزش اکتفا شده است و شاید در درازمدت نتایجی مشابه با مطالعات فوق بدست می‌آمد.

محدودیت دیگری که در این مطالعه با آن مواجه بودیم، عدم امکان استفاده از هر دو جنس در شرکت کنندگان بود و دلیل آن، جنسیت مؤنث اکثر قریب به اتفاق رابطان بهداشتی در کشور است که این مطالعه نیز از این امر مستثنی نبود. شاید تفاوت‌های جنسی نیز نقش قابل توجهی را در زمینه آموزش در چنین مطالعاتی داشته باشد که باید در پژوهش‌های آتی به آن پرداخته شود. نداشتن گروه کنترل نیز به عنوان محدودیتی در این پژوهش مطرح است که امکان مقایسه نتایج حاصل را با نتایج گروه بدون مداخله از ما سلب نمود، هرچند سعی شد با انتخاب طرح پیش آزمون ـ پس آزمون، امکان مقایسه هر گروه با اطلاعات خط پایه خود فراهم گردد و این محدودیت تا حدی پوشش داده شود.

همانطور که اشاره شد تغییری که در آگاهی رابطان بهداشتی نسبت به مفاهیم تغذیه‌ای ایجاد شد، در هر دو روش چشمگیرتر از تغییر ایجاد شده در نگرش افراد بود. شاید دلیل این امر از یک طرف نگرش مثبت اکثر افراد قبل از آموزش باشد که طبعاً بعد از آموزش هم همچنان مثبت بوده و فقط درجه آن افزایش یافته است و از طرفی می‌توان این حالت را به لزوم زمان طولانی‌تر برای تغییر نگرش نسبت داد. اگرچه هنگام اجرای هر دو روش، پژوهشگر حضور داشته است و مطالب عنوان شده نیز کاملاً همسان و با مدت زمان برابر ارایه شده است، به نظر می‌رسد تعامل مستقیم، تماس چشمی، زبان بدنی و به طور کلی ارتباطات زنده غیر کلامی که بین پژوهشگر و مخاطبان در روش سخنرانی برقرار بوده است، نقش شایانی در بروز اختلاف بین دو روش داشته است و بسیاری از مطالعات نیز نقش ارتباط مستقیم را نسبت به ارتباط غیرمستقیم، پررنگ‌تر ارزیابی نموده‌اند[۲۵-۲۳].

به هرحال مطالعه جاری اگرچه جامع و کامل نیست، ولی می‌تواند شروعی مناسب برای سنجش تأثیر آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم در مورد مفاهیم مرتبط با سلامت باشد، چرا که حداقل نشان می‌دهد که میزان یادگیری فوری استفاده از روش سخنرانی از نظر آماری معنی‌دارتر از یادگیری فوری با روش نمایش فیلم ویدیویی در مورد مفاهیم ساده تغذیه‌ای است. البته از نظر هزینه اثر بخشی، شاید نمایش فیلم، روش مناسب‌تری باشد؛ چراکه هم نیروی انسانی کمتری می‌طلبد و هم می‌تواند طیف وسیع‌تری را تحت پوشش قرار دهد. با این وجود تصمیم گیری در مورد نحوه آموزش مطالب بهداشتی، بسته به شرایط زمانی، مکانی، مالی، اجتماعی، فرهنگی و بسیاری از عوامل دیگر می‌تواند متفاوت باشد. به نظر می‌رسد در جامعه امروزی که تخصص گرایی به اوج خود رسیده است، در زمینه کارهای آموزشی نیز باید دست به انتخاب روش‌های آموزشی خاص برای موقعیت‌ها و جمعیت‌های هدف مشخص بزنیم. برای رسیدن به این هدف نیازمند مقایسه روش‌های آموزشی مختلف در موقعیت‌های متفاوت هستیم تا بتوانیم کارایی و اثربخشی این روش ها را با توجه به اهداف مورد نظرمان تعیین کنیم. در مطالعه حاضر روشن شد که اگرچه روش نمایش فیلم ویدیویی به اندازه روش سخنرانی در ارتقای سطح آگاهی و نگرش رابطیان بهداشتی جنوب تهران در مورد رژیم غذایی مناسب، مؤثر نبود، ولی می‌تواند به عنوان جایگزینی مؤثر برای روش‌های سنتی‌تر نظیر سخنرانی در جهت ارایه چنین مفاهیمی، مطرح باشد. امید است با انجام پژوهش‌های مشابه بر روی گروه‌های مختلف و با استفاده از روش‌های مختلف آموزشی، کیفیت و اثر بخشی این روش‌ها بیش از پیش آشکار گردد.

سهم نویسندگان

محسن صفاری: انجام تمامی مراحل پژوهش و تهیه مقاله
داود شجاعی زاده: استاد راهنمای طرح پژوهشی
محمود محمودی: استاد مشاور طرح پژوهشی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

سیدرضا حسینی سده: همکاری در جمع‌آوری داده‌ها

تشگر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند به ویژه مسئولان و کارکنان زحمتکش مراکز بهداشتی ـ درمانی تحت پوشش مرکز سلامت جنوب که محیط مناسبی را برای اجرای این پژوهش فراهم نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

شایان ذکر است که این مطالعه در قالب پایان نامه و حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است.

منابع

1. Cotrell R, Mckenzie JF. Principles and Foundations of Health Promotion & Education. 1st Edition, Pearson Education: USA, 2006

2. Verner D. Health and treatment for all. Translated to Persian by Parsinia S. 1st Edition, Javan Publication: Tehran, 1997

3. Lelovics Z, Bozó RK, Lampek K, Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. Archive of Gerontology in Geriatrics 2008, 31: 361-6

4. Uthman OA, Aremu O. Malnutrition among women in sub-Saharan Africa: rural-urban disparity. Rural Remote Health 2008; 8: 931

5. US Public health service. The surgeon general's report on nutrition and health. Journal of school health 1997; 67: 9-26

6. Harnack L, Block G, Lane S. influence of selected environmental and personal factors on dietary behavior for chronic disease prevention: a review of the literature. Journal of Nursing Education 1997; 29: 306-12

7. Frankman CB. Nutritional care in neoplastic disease, Krause' Food nutrition and diet therapy. 1st Edition, WB sander: USA, 1996

8. Mokdad AH, Ford ES, Zhao G. Actual causes of death in the United States. Journal of the American medical Association 2004; 291: 1238-45

9. Guttri H. Principles of nutrition science. Translated to Persian by Niketeghad S. 1st edition, Islamic Azad University Press: Tehran, 1994

10. Wallner S, Kendall P, Hillers V, Bradshaw E, Medeiros LC. Online continuing education course enhances nutrition and health professionals' knowledge of food safety issues of high-risk populations. Journal of American Dietary Association 2007; 107: 1333-8

11. Saffari M, Shojaeizadeh D. Principles and foundations of health education and promotion. 1st Edtion, Samat Publications: Tehran, 2009 [Persian]

12. Park J, Park K. Preventive and social medicine. Translated to Persian by Shojaei tehrani H. 1st Edition, Samat Publications: Tehran, 2005 [Persian]

13. Ahadian M. introduction to instructional technology. 26th Edition, Boshra Publications: Tehran, 2006 [Persian]

14. Vargas EA. The triad of science foundations, instructional technology, and organizational structure. Spanish Journal of Psychology 2004; 7: 141-52

15. Fatehi M. Health volunteer's educational package: educators guide. 1st Edition, Ministry of Health Publications: UNICEF, 1998

16. Sadeghi HA, Salehpour Z. Appraisal of function and comparison of Shiraz city health volunteers program in 1997. Abstracts of first national seminar of research in health networks: Mashhad, 1998 [Persian]

17. Gazayeri A, Asasi P, Ashraghian M. the effects of education on knowledge and attitude of health volunteers. Journal of Research in Medicine 2001; 24: 61-69 [Persian]

18. Momeni A, Malekzadeh JM. The comparison of educational effect of two methods, lecture and pamphlet on nutritional knowledge of yasooj health volunteers. Journal of Yasooj University of Medical Sciences 2001; 5: 65-72 [Persian]

19. Torabi MR. Evaluation of HIV/AIDS education in Russia: using video approach. Journal of School Health 2000; 70: 226-32

20. Sadrzadeh y, Angourani P, Keshavarz SA, Rahimi A, Batool A. a comparison of two nutritional education method about breakfast on behavior of 4 grade students of girls schools in 6 region of Tehran. Journal of Health School and Health Research Institute 2007; 4: 65-72 [Persian]

21. Borzooie T, Jalalvandi M. a comparison of education by two methods, lecture and poster about AIDS on knowledge and attitude of students. Nursing Quarterly of Iran 2007; 19: 7-15 [Persian]

22. McAlpine L. Comparison of the effectiveness of tutored videotape instruction versus traditional lecture

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]

for a basic hemodynamic monitoring course. Journal of Nursing Staff Development 1996; 12: 119-25
23. Parry R. Are interventions to enhance communication performance in allied health professionals effective, and how should they be delivered? Direct and indirect evidence. Patient Education Council 2008; 73: 186-95
24. Gaddis S. Direct versus indirect communication: how to choose the style that's right for you. Okla Nurse 2006; 51: 11
25. Liu X, Sawada Y, Takizawa T, Sato H. Doctor-patient communication: a comparison between telemedicine consultation and face-to-face consultation. Internal Medicine 2007; 46: 227-32

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.8.9]