مقایسه تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان به دو شیوه سخنرانی و نمایش فیلم بر آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان

فاطمه محمدخواه[1]، فرخنده امین شکروی[1*]، سقراط فقیه زاده[2]، اکبر بابایی حیدرآبادی[3]، فاروق کاظم بیگی[4]، روح اله مقصودی[4]

1) گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران
2) گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
3) گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
4) گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

تاریخ دریافت: 91/9/9 **تاریخ پذیرش: 91/11/10**

چکیده

مقدمه: بهداشت دهان و دندان یکی از مهم ترین قسمت شیوه زندگی محسوب می شود و بهبود آن نیازمند کاربرد روش های مناسب آموزشی در جهت ارتقای سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه در رابطه با آن است. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه تاثیر دو روش سخنرانی و نمایش فیلم در ارتقای سطح دانش، نگرش و عملکرد بهداشت دهان و دندان دانش آموزان است.

مواد و روش ها: این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی روی 300 دانش آموز ابتدایی چابهار است که به وسیله فرآیند تخصیص نمونه گیری خوشه ای منظم به سه گروه مساوی(هر گروه شامل 100 نفری شاهد، سخنرانی و فیلم) تقسیم شدند. آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان به وسیله پرسش نامه خودگزارشی و به صورت پیش آزمون و پس آزمون مورد سنجش قرار گرفته و داده های ذیربط با استفاده از نرم افزار SPSS vol.11، آزمون های آماری ANOVA، من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: در گروه سخنرانی و فیلم میزان آگاهی و نگرش بلافاصله و 3 ماه بعد از مداخله و میزان عملکرد بلافاصله بعد از مداخله افزایش یافت ولی روش فیلم ویدیویی تاثیر بیشتری را بر بهبود دانش، نگرش و عملکرد بهداشت دهان و دندان افراد نشان داد.($P<0.001$)

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که هر دو روش آموزشی سخنرانی و نمایش فیلم ویدیویی می توانند روش های موثری برای ارتقای سطح آگاهی و نگرش بهداشت دهان و دندان افراد باشند، اگر چه روش فیلم ویدیویی، اثربخشی بیشتری دارد.

واژه های کلیدی: سخنرانی، نمایش فیلم ویدیویی، آگاهی، نگرش، عملکرد

***نویسنده مسئول:** گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران

Email:

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

یکی از معضلات بهداشتی جامعه متمدن امروزی، شیوه زندگی نادرست مردم بوده و بهداشت دهان و دندان از جمله عوامل موثر بر شیوه زندگی مردم است شیوه زندگی به خصوص در بیماری های مزمن نظیر چاقی، و بیماری های قلبی-عروقی بیماری های تمدن نیز نامیده می شوند، نقش مهمی ایفاء می نمایند.(۱،۲)

علی رغم تلاش های صورت گرفته در کشورهای توسعه یافته، روند سطوح پوسیدگی دندان شایع مانده و در بعضی از کشورهای در حال توسعه در اثر تغییر تغذیه‌ای افزایش یافته است.(3)

با بروز تغییر و تحول شهرنشینی، پوسیدگی دندان رو به افزایش نهاده است. تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان در کشورهای در حال توسعه دسترسی محدودی به خدمات و مراقبت های سلامت دهان و دندان دارند و از پوسیدگی دندان رنج می برند.(4)

فنون موثر برای پیش گیری از پوسیدگی دندان و بیماری های پریودنتال شامل روش های خودمراقبتی سلامت دهان(استفاده از نخ دندان و مسواک زدن) و فلوراید درمانی می باشد،(5). با این حال میزان استفاده از مسواک و نخ دندان هنوز در سطح پایینی قرار دارد.(۶،۷)

بنا بر آمارهای موجود لازم به نظر می رسد که به منظور تغییر در عادات رفتاری، جلوگیری از بیماری های دهان و دندان و کاهش احتمالی افرادی که مسواک نمی زنند و از نخ دندان استفاده نمی کنند که جزئی از عادات بهداشتی هستند، نیاز به انجام مداخلات در زمینه آموزش بهداشت است. آموزش بهداشت یکی از اقدامات مهم جهت پیشگیری از بیماری های دهان و دندان و ارتقاء سطح سلامت جامعه محسوب می شود. در این رابطه ساترلند اعتقاد دارد، آموزش بهداشت یک جنبه اساسی در پیشرفت امر بهداشت است و یکی از نقش های مهم آن آماده سازی مردم جامعه از طریق دادن آگاهی و اطلاعات به آن ها و نشان دادن مهارت ها و تجارب بهداشتی است که در طی آن مردم می توانند کنترل بیشتری بر روی سلامتی خود داشته باشند.(8)

همان طور که از این تعریف بر می آید برنامه ریزی آموزشی، یکی از ارکان آموزش سلامت موثر است و پر واضح است که برنامه ریزی صحیح در زمینه آموزش نیازمند انتخاب روش مناسب است. برای اجرای آموزش سلامت از روش های مختلفی استفاده می شود که از جمله آن ها می توان به سخنرانی، بحث در گروه های کوچک(گروه های کانونی)، ایفای نقش، اجرای نمایش، نمایش فیلم، مطالب چاپی و غیره اشاره نمود،(1). در کارهای آموزشی از همه بیشتر از سخنرانی استفاده می شود. از جمله در مورد آموزش سلامت، سخنرانی می تواند موجب جلب علاقه نسبت به یک موضوع شود و گروه را تقویت کرده و اطلاعات پایه در مورد آن چه باید بدانند را به اعضای گروه بدهد.(9)

سخنرانی را می توان یکی از روش های سنتی آموزش سلامت به حساب آورد که از دیر باز بسیار مورد استفاده قرار گرفته و شاید بتوان آن را نخستین شیوه آموزشی نامید، ولی امروزه با پیشرفت های چشم گیری که در تکنولوژی آموزشی به وجود آمده است، روش های بسیار متنوعی برای آموزش پدید آمده است که البته اثربخشی و کارآیی بسیاری از آن ها مورد تردید است. یکی از روش های نسبتاً نوین در این زمینه، استفاده از فیلم های مستند آموزشی است که ادعا می شود با استفاده از آن می توان آموزش را در سطوح مختلفی، از یک آموزش سطحی تا یادگیری کامل ارائه نمود.(10)

در زمینه تاثیر روش های مختلف آموزشی مطالعات مختلفی در جهان و ایران صورت گرفته است که البته حجم بیشتر این مطالعات همراه با تحول در نظام های تکنولوژی آموزشی در طول سال های 1930 تا 1970 میلادی انجام شده است،(11). با توجه به مرور متون پژوهش های مربوط به مقایسه اثر بخشی روش های آموزشی در زمینه سلامت، در ایران رشد قابل توجهی داشته است که البته غالباً به مقایسه اثربخشی روش هایی هم چون سخنرانی، کتابچه، پوستر و...، به عبارت دیگر مقایسه رسانه های چاپی و گفتاری پرداخته اند و آموزش چندرسانه ای و الکترونیک کمتر مورد توجه قرار گرفته است.(12)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

شناخت اثربخشی شیوه های متنوع آموزشی، می تواند به بررسی سایر عوامل موثر بر یادگیری کمک نموده و نتایج آن در برنامه ریزی های آموزشی آتی مورد توجه قرار گیرد. از این رو در مطالعه حاضر دو شیوه آموزشی سخنرانی و نمایش فیلم به عنوان روش های کارآمد از نظر تاثیر گذاری بر بهداشت دهان و دندان مورد مقایسه قرار گرفت.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله ای نیمه تجربی است که بر روی 300 دانش آموز ابتدایی چابهار در سال تحصیلی 91-90 انجام گرفت. تعداد با توجه به فرمول حجم نمونه 300 نفر تعیین شد که به 3 گروه 100 نفری(آموزش از طریق بسته آموزشی، آموزش از طریق سخنرانی و گروه شاهد) تقسیم شدند. نمونه ها از مدارس ابتدایی شهر چابهار به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند به طوری که ابتدا فهرستی از نام مدارس ابتدایی دخترانه دولتی و روزانه مراکز شهری شهرستان چابهار به ضمیمه تعداد دانش آموزان پایه چهارم و پنجم آن ها تهیه شد سپس به طور تصادفی مدارس انتخاب شدند. مجدداً مدارس مشخص شده به طور تصادفی به 2 گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. در داخل مدارس نیز کلاس های چهارم و پنجم ابتدایی به طور تصادفی انتخاب می شدند.

بدین منظور و با توجه به این که هدف تحقیق بررسی تاثیر آموزش بهداشت بود، برای تامین نمونه مورد نیاز از بین مدارس ابتدایی دخترانه شهر چابهار 2 مدرسه به طور تصادفی انتخاب و هر یک به شکل تصادفی به عنوان گروه شاهد و دیگری به عنوان گروه مورد(گروه آموزشی نمایش فیلم و گروه آموزشی سخنرانی) در نظر گرفته شد. با توجه عدم توانایی دانش آموزان کلاس اول و دوم و سوم ابتدایی در خواندن و درک مطالب پرسش نامه، دانش آموزان پایه 4 و 5 ابتدایی برای بررسی در نظر گرفته شد که به 3 گروه 100 نفری تقسیم شدند که نتایج آزمون ANOVA در سطح معنی داری($P<0.05$) نمایانگر همسانی 3 گروه از نظر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد($P<0.001$) و متغیر های زمینه ای رتبه تولد، بعد خانوار، شغل پدر و محل زندگی($P<0.05$) بود. نوع مداخله شامل نمایش فیلم آموزشی 23 دقیقه و 7 ثانیه ای و سخنرانی در مورد بهداشت دهان و دندان است. وزارت بهداشت و درمان و آموزش در صدد ارزشیابی تاثیر تعدادی رسانه دیجیتال آموزشی که به وسیله دانشگاه های مختلف کشور جهت آموزش در زمینه مسایل مختلف بهداشتی تهیه و تدوین گردیده است می باشد. از جمله این رسانه ها، فیلم آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان مدارس ابتدایی است که این مطالعه با این هدف طراحی گردیده است. ارزشیابی این رسانه آموزشی بعد از آموزش به دانش آموزان مدارس ابتدایی چابهار انجام گرفت و سپس اثر بخشی آن با روش آموزشی سخنرانی مقایسه شد. پس از نمونه گیری و انتخاب تصادفی 3 گروه و انجام پیش آزمون در 3 گروه، برنامه آموزشی در 2 گروه آموزشی فیلم و سخنرانی به اجرا گذارده شد ولی در گروه شاهد هیچ مداخله ای صورت نگرفت. بلافاصله و 3 ماه بعد از گذشت مداخله تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر روی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد در دانش آموزان 3 گروه(یعنی مرحله دوم و سوم) سنجیده شد.

ابزار گرد آوری اطلاعات در این مطالعه پرسش نامه بود که از روش اعتبار محتوا تعیین اعتبار شده و با ضریب همبستگی($r=0/78$) اعتماد علمی آن تایید شده است.

پرسش نامه مذکور از چند بخش تشکیل شده است که عبارتند از:

اطلاعات دموگرافیک: این بخش شامل سوالاتی در مورد رتبه تولد، بعد خانوار، سطح تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و محل زندگی است که می توانند در امر پژوهش تاثیر گذار باشند.

سوالات مربوط به آگاهی: برای سنجش میزان آگاهی 7 سوال بسته در نظر گرفته شد که همگی از لحاظ نمره گذاری دارای ارزش یکسانی بودند.

سوالات مربوط به نگرش: این بخش شامل 7 سوال بسته بود نحوه نگرش دانش آموزان را بر اساس طیف لیکرت سه گزینه ای مورد سنجش قرار داد.

سوالات مربوط به عملکرد: این بخش شامل 4 سوال بسته بود که همگی از لحاظ نمره گذاری دارای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

ارزش یکسانی بودند که در پایان سوالات در مورد دلیل عملکرد منفی سوال شد. بخش آخر شامل یک سوال درباره منبع کسب آگـــاهی افراد درباره رفتار بهداشت دهان و دندان است.

در این بخش پرسش نامه برای بررسی روایی محتوایی(بررسی کیفی) در اختیار 28 تن از متخصصان آموزش بهداشت قرار گرفت. در این مرحله از ایشان درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه های اصلاحی خود را ارائه نمایـــند. پـــس از اخـذ نظرات کارشناسان، اصلاحات خـــواستـــه شـده ایشان، برای رسیدن ابزار به روایی مطلوب در پرسش نامه اعمال گردید.

روش های تـــدریس در این برنامه متنـــاسب با عواملی که در آموزش دخالت داشتند و محدودیت های موجود نمایـــش فیـــلم و سخنرانی بود و محقق امر آموزش را بر عهده داشت. با توجه به موارد مذکور در بالا از آن جا که منطقه مورد مطالعه جزء مناطق محروم می باشد دسترسی به وسایل متنوع و مناسب آموزش برای سن کودکان مقدور نشد. از این رو سعی شد با توجه به امکانات موجـود و تـوان محـقق از لپ تاپ، نمایش موارد عینی، تابلو و ماژیک استفاده شود. هم چنین به منظور تفهیم کامل مطالب، مندرجات پرسش نامه به طور کامل برای دانش آموزان قرائت و توضیحات لازم قرائت شد. تنـــها فضای آموزشی در اختیار محقق در این پروژه فضای کلاس بوده است. قبل از مداخله، بلافاصـــله و 3 مـــاه بعد از مداخله اطلاعات جمع آوری شـــد. نتایج نیز با استـــفاده از آزمون های آماری ANOVA، من ویتنی، همبستگی در سطح معنی داری $P<0.05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش

در جمعیت مورد مطالعه بیشـــترین رتبـه تولد(70 درصد) دو و بعد از آن(60 درصد) سه، بیشترین درصد بعد خانوارها(51 درصد) پنج نفره و بعد از آن 4 نفره (44 درصد) می باشـــد، 21 درصـــد تحصیلات پدران دانش آموزان بی ســـواد، 26 درصد دارای تحـصیلات ابتدایی، 20 درصد راهنمـــایی، 8/3 درصد دبیرستان، 18/3 درصد دیپلم، 6 درصد فـــوق دیپلم مـــی باشد. 43/7 درصد مادران بی ســـواد و (31/7 درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، (13 درصد) دارای تحـــصیلات راهنمایی، (4/3 درصـــد) دارای تحصیلات دبیرستان، (6 درصد) دارای تحـــصیلات دیـــپلم و (1/3 درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم می باشند. 25 درصد از پدران دانش آموزان بیکـــار، 19/7 از آن هـــا کـــارگر، 25/7 آن هـــا کـــارمند، 29/7 آن ها شـــغل آزاد، حـــدود 76/3 شغـــل مـــادران دانـــش آموزان بیـــکار، 4/7 مادران کارگر، 3 درصـــد مـــادران کـــارمنـــد، 16 درصـــد مـــادران شغـــل آزاد بـــود. حـــدود 51/7 درصـــد دانش آمـــوزان در خـــانه شـــخصی، 4/7 درصد در کـــپر، 16 در خـــانـــه استیـــجاری، 16/7 در خـــانه سازمـــانی و 11 درصـــد در مـــنـــزل پدربـــزرگ یـــا آشـــنایان ســـکـــونت داشـــتـــند. در گـــروه شـــاهد میـــزان آگـــاهی افزایـــش یافـــت ولـــی از نـــظر آمـــاری معنـــی دار نیســـت.

جدول شماره 1. میانگین و انحراف معیار میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان درگروه شاهد در 3 مرحله پیش از مداخله، بلافاصله و 3 ماه بعد از مداخله

فرآیند	آگاهی			نگرش			عملکرد		
مراحل	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد
میانگین	19/01	20/12	19/16	18/99	20/10	18/89	9/42	9/05	9/04
انحراف معیار	2/37	2/09	2/64	2/45	1/78	3/38	1/90	1/87	1/95
نتایج آزمون	P=0.21			P<0.001			P<0.001		

آزمون آماری من ویتنی(با سطح معنی داری $P<0.05$)

در گروه سخنرانی میزان آگاهی بلافاصـــله و 3 ماه بعـــد از مـــداخله افـــزایش یافت که از نـــظر آمـــاری معنی دار است.($P<0.03$) میزان نگرش نیز بلافاصله و 3 ماه بعـــد از مـــداخله افـــزایش یافـــت که از نـــظر آماری معـــنی دار است.($P<0.001$)(جدول شماره 2)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره 2. میانگین و انحراف معیار میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان در گروه سخنرانی در 3 مرحله پیش از مداخله، بلافاصله و 3 ماه بعد از مداخله

فرآیند	آگاهی			نگرش			عملکرد		
مراحل	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد
میانگین	19/53	19/90	19/76	19/37	19/70	20/20	10/96	11/03	9/56
انحراف معیار	1/77	1/74	1/90	2/36	1/96	1/72	1/46	1/52	2/10
نتایج آزمون	P<0.03			P<0.001			P<0.001		

آزمون آماری من ویتنی(با سطح معنی داری P<0.05)

در گروه فیلم، میزان آگاهی بلافاصله و 3 ماه بعد از مداخله افزایش یافت که از نظر آماری معنی دار است.(P<0.001) میزان بلافاصله بعد از مداخله و 3 ماه بعد از مداخله افزایش یافت که از نظر آماری معنی دار است.(P=0.005) میزان عملکرد بلافاصله افزایش یافت ولی 3 ماه بعد از مداخله کاهش یافت که از نظر آماری معنی دار نیست.(P=0.07)(جدول شماره 3)

جدول شماره 3. میانگین و انحراف معیار میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان در گروه فیلم در 3 مرحله پیش از مداخله، بلافاصله و 3 ماه بعد از مداخله

فرآیند	آگاهی			نگرش			عملکرد		
مراحل	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد	قبل	بلافاصله	3 ماه بعد
میانگین	18/39	19/31	19/11	18/13	19/08	19/06	8/83	9/01	8/27
انحراف معیار	2/28	2/37	2/09	2/91	2/88	2/26	2/16	2/16	2/40
نتایج آزمون	P<0.001			P<0.005			P<0.07		

آزمون آماری من ویتنی(با سطح معنی داری P<0.005)

بحث و نتیجه گیری

بخش اعظم اقداماتی که در زمینه آموزش سلامت صورت می گیرد، معمولاً به شکل برنامه یا بسته آموزشی در اختیار مخاطبان هدف قرار می گیرد و به نوعی عملکرد بهداشتی آن ها را تحت الشعاع قرار می دهد، ولی شیوه های پیاده سازی این برنامه ها و 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 می گیرد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

بر طبق نتایج به دست آمده در گروه شاهد میزان آگاهی بلافاصله و 3 ماه بعد از مداخله(0/15+) افزایش یافت که از نظر آماری معنی دار نیست،(P<0.21)، میزان نگرش بلافاصله بعد از مداخله(0/10+) افزایش و 3 ماه بعد از مداخله(0/1-) کاهش یافت که از نظر آماری هم معنی دار است(P<0.001) میزان عملکرد بلافاصله بعد از مداخله(0/02-) و 3 ماه بعد از مداخله (2-) کاهش یافت ولی از نظر آماری معنی دار نیست(P<0.21) شاید دلیل این امر تکمیل پرسش نامه برای بار دوم و سوم بوده است که دانش آموزان با دیدن سوالات در مرحله اول در صدد یافتن پاسخ های درست بر آمده اند و میزان آگاهی و نگرش آن ها افزایش یافته است از سویی دیگر از آن جا که دانش آموزان مهم ترین منبع اطلاعات بهداشت دهان و دندان خود را معلم بهداشت معرفی کرده اند شاید اطلاعات مربوط به رفتار صحیح بهداشت دهان و دندان را از معلم بهداشت خود آموخته اند.

در گروه سخنرانی میزان آگاهی بلافاصله(0/37+) و 3 ماه بعد از مداخله(0/23+) افزایش یافت که از نظر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

آماری معنی دار است.(P<0.03) میزان نگرش بلافاصله(0/83+) و 3 ماه بعد از مداخله(0/5+) افزایش یافت هم چنین میزان عملکرد بلافاصله بعد از مداخله افزایش(0/07+) ولی 3 ماه بعد از مداخله کاهش یافت(1/4-) که از نظر آماری هم معنی دار بودند(P<0.001) به طور کلی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان بعد از مداخله افزایش یافت.

در مطالعه منتظری فر و همکاران در سال 1380، تأثیر آموزش بر میزان آگاهی دو گروه آموزشی سخنرانی بیشتر از گروه آموزشی خودآموز بود.(13)

در گروه فیلم میزان آگاهی بلافاصله بعد از مداخله (0/92+) و 3 ماه بعد از مداخله(0/72+) افزایش یافت که از نظر آماری معنی دار است(P<0.001) میزان نگرش بلافاصله(0/95+) و 3 ماه بعد از مداخله(0/93+) افزایش یافت که از نظر آماری هم معنی دار است(P<0.005) میزان عملکرد بلافاصله بعد از مداخله (0/18+) افزایش ولی 3 ماه بعد از مداخله(0/56-) کاهش یافت که از نظر آماری معنی دار نبود(P<0.07) به طور کلی در افزایش آگاهی بلافاصله بعد از مداخله در روش فیلم، 3 ماه بعد از مداخله در روش سخنرانی، در افزایش نگرش بلافاصله و 3 ماه بعد از آموزش روش فیلم، در افزایش عملکرد بلافاصله و 3 ماه بعد از آموزش روش فیلم موثر بود.

در مطالعه ای تحت عنوان تاثیر آموزش از طریق رسانه های تصویری در ارتقاء سطح بهداشت دهان و دندان دانش آموزان 14-12 ساله شهر اصفهان توسط دکتر رضا بیرنگ و همکاران، نتایج مطالعه نشان داد آموزش توسط فیلم به صورت یک رسانه تصویری نه تنها باعث افزایش آگاهی لحظه ای می شود، در دراز مدت نیز موجب افزایش آگاهی و بهبود عملکرد بهداشتی دهان دندان دانش آموزان گردیده است؛ لذا آموزش از طریق فیلم جهت ارتقاء سطح سلامت دهان به عنوان یک روش کار موثر پیشنهاد می گردد.(14)

در مطالعه عیب پوش و همکاران در 1389 به کارگیری یک مداخله آموزشی توسط بسته آموزشی چندرسانه‌ای مبتنی بر الگوی فرانظری منجر به بهبود دریافت ویتامین ها در دختران نوجوان گردید؛ لذا با استفاده از بسته آموزشی یاد شده و یا بسته های مشابه برای آموزش نوجوانان می توان از بروز موارد کمبود دریافت ویتامین ها و پیامدهای ناگوار آن پیشگیری نمود.(15)

در مطالعه ای در سال 2011 تحت عنوان مداخله آموزشی برای تغییر رفتار برنامه ریزی شده کمک های زایمان خارج از منزل توسط ماما که توسط دکتر هانس و همکارانش در ایالت متحده آمریکا انجام شد نتایج تحقیق نشان داد مشاهده فیلم آموزشی اثرات مثبت زیادی در تغییر رفتار ماماها داشت.(16)

در تحقیق انجام گرفته توسط مارپلان در سال 2003 نشان داده شده است که رسانه های تصویری(سینما، تلویزیون) موجب افزایش آگاهی بینندگان گردیده به طوری که تأثیر بلند مدت سینما در یادآوری مطالب بعد از فراموشی اولیه 56 درصد در حالی که در مورد تلویزیون 36 درصد بوده است،(17). هم چنین آلی و همکارانش در 2004 گزارش نمودند که به کارگیری رسانه های تصویری نظیر نمایش فیلم در آموزش مخاطبان و بیماران مفید بوده است.(18)

در مقایسه اثربخشی دو روش آموزشی فیلم و سخنرانی در گروه سخنرانی تغییر میزان آگاهی بلافاصله بعد از مداخله(0/37+)، تغییر میزان آگاهی 3 ماه بعد از مداخله(0/23+)، تغییر میزان نگرش بلافاصله بعد از مداخله(0/83+)، تغییر میزان نگرش 3 ماه بعد از مداخله(0/5+)، تغییر میزان عملکرد بلافاصله بعد از مداخله(0/07+) و تغییر میزان عملکرد 3 ماه بعد از مداخله(1/4-) می باشد. در گروه فیلم تغییر میزان آگاهی بلافاصله بعد از مداخله(0/92+)، تغییر میزان آگاهی 3 ماه بعد از مداخله(0/72+)، تغییر میزان نگرش بلافاصله بعد از مداخله(0/95+)، تغییر میزان نگرش 3 ماه بعد از مداخله(0/93+)، تغییر میزان عملکرد بلافاصله بعد از مداخله(0/18+) و تغییر میزان عملکرد 3 ماه بعد از مداخله(0/56-) می باشد که در همه مراحل روش آموزشی فیلم از روش سخنرانی موثرتر بود.

نتایج مطالعه اقوامی و همکاران در سال 1390 نشان داد که نه تنها آموزش در ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر بوده، بلکه نوع آموزش در تغییر آن نقش به سزایی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

داشته است. به طوری که آموزش توسط لوح فشرده بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم مؤثـــرتر بوده در نتیجه جهت حفظ و ارتقای کیفیت زندگی این کودکان این روش آموزشی توصیه می‌گردد،(19). در تحـــقیقی که در سال 2007 توسط آنتونی و همکـــاران بهبود معنی داری در اطـــلاعات تغذیه ای گروهی که توسط لوح های فشرده آموزش دیده بودند مشاهـده شد،(20). نتایج مطالعات مالدنوفسکی و کیـــزر درسال 2008 که اعلام کردند آموزش به روش مولتی مدیا در بالا بردن نمره آگاهی شـــرکت کنندگان، تأثیر بیشتری نسبت به سخنرانی داشته است.(21)

از محـــدودیـــت های این مطالعه کاهش عملکرد بهداشت دهـــان و دندان دانـــش آموزان 3 ماه بعد از مداخله(در هر دو روش آموزشی) بود که شاید به علت عدم تکرار مـــتوالی آموزش بعد از مـــداخله می باشد به طوری که نتایج مطالعـــات دکتر بابـــایی نمایانگر اهمیت تکرار آموزش بهداشت در فواصل مناسب جهت ارتقاء رفتار بهداشت دهان و دندان دانش آموزان است هم چنین در این مطالعه به علت محدودیت های زمانی و مکانی و نبود منابع کافی جهـــت پی گیری پایداری عملکرد 6 ماه بعد از مداخله سنجیده نشد.(22)

به هر حال مـــطالعه جـــاری گر چه جامع و کامل نیست، ولی می تواند شروعی مناســـب برای سنجش تاثیر آموزش های مستقـــیم و غیـــرمستقیم در مورد مفاهیم مرتبط با سلامت باشد، چرا که نشان می دهد که میزان یادگیری با فیـــلم آموزشی از روش آموزشی سخنرانی موثرتر بود که از نظر هزینه-اثربخشی روش مناسب تری است چرا که هم نیروی انسانی کمـــتری می طلبد و هم می تـــواند طیـــف وسیع تری را تحت پوشش قرار می دهد. با این وجود تصمیم گیری در مورد نحوه آموزش مطالب بهداشتی، بستـــه به شرایط زمانی، مکانی، مالی، اجتماعی، فرهنگی و بسیاری از عوامل دیگر می تواند متفاوت باشد. به نظر می رسد در جامعه امروزی که تخصص گـــرایی به اوج خود رسیده است، در زمینه کـــارهای آموزشی نیز باید دست به انتخاب روش های آموزشی خاص برای موقعیت ها و جمعیت های هدف مشخص بزنیم. برای رسیدن به این هدف نیازمند مقایسه روش های آموزشی مختلف در موقعیت های مـــتفاوت هســـتیم تا بتوانیم کارآیی و اثربخشی این روش ها را با تـــوجه به اهـــداف مورد نظرمان تعیین کنیم. در مطالعه حاضر روشن شد که روش فیلم آموزشی از سخنرانی موثرتر بود که میتواند جایگزین موثر برای روش های سنتی تر نظیر سخنرانی در جهت ارائه چنین مفاهیمی، مطرح باشد. امید است با انجام پـــژوهش هـــای مشـــابه با روش های مختلف آموزشی، کیفیت و اثربخـــشی این روش هـــا بیش از پیش آشکار گردد. در پایان با توجـــه به نتایج به دست آمده می توان بیان داشت نه تنها آموزش موجب بهبود آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشـــت دهـــان و دندان دانش آموزان شد بلکه نوع آموزش نیز نقش به سزایی داشت به طوری که فیلم از روش سخنرانی موثر تر بود.

سپاسگزاری

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشـــگاه تربیت مدرس تهران مستخرج شده است؛ و بدین وسیله از تمامـــی کســـانی که مـــا را در این طـــرح یـــاری نمـــوده اند قـــدردانی می کنیم.

References

1-Cotrell R, Mckenzie JF. Principles and foundations of health promotion & education. 1st ed. Pearson Education: USA; 2006.

2-Verner D. Health and treatment for all. 1st ed. Javan Publication:Tehran; 1997.P.32-35.

3-Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr J 2004;7:201-26.

4-Muirhead V, Marsens W. An ecological study of caries experence. school performance and material deprivation in 5-years-old state primary chool childeren. Community dent oral epidemiol 2004:32:265-70.

5-Nyvad B, Ten Cate JM, Robinson C, editors. cariology in the 21century. state of the art and future perspectives. Caries Res 2004;38 :170.

6-Hajimiri Kh, Sharifirad Gh, Hasanzade A. The effect of oral health education based on health belief model in mothers who had 3-6 year old children on decreasing dental

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

plaque index in Zanjan. JZUMS 2010;18: 77-86.
7-Rimondini L, Zolfanelli B, Bernardi F, Bez C. Self-preventiveoral behavior in an Italian university student population. J Clin Periodontol 2001;28:207-211.
8-Murry JJ. the perevention of oral disease. 3th ed. oxford: oxford Press University; 1996.P.146-37.
9-Park J, Park K. [Preventive and social medicine]. 1th ed. Samat Publications: Theran; 2005.P.56.(Persian)
10-Ahadian M. [Introduction to instructional technology]. 26th ed. Boshra Publications: Tehran; 2006.P.53-62.(Persian)
11-Vargas EA. The triad of science foundations, instructional technology, and organizational structure. Span J Psychol 2004;7: 141-52.
12-Fatehi M. [Health volunteer's educational package:educators guide]. 1th ed. Ministry of Health Publications: UNICEF; 1998.(Persian)
13-Montazery F, Korji M, Rakhshany F. Comparison of two methods of education (lecture and tutorial) on nutritional knowledge. J Med Zahedan Res 2002;3:213-8.
14-Mehrdad K. Epidemiological indicators international in dental research by proposed the World Health Organization. Publications Jihad University of Shahid Beheshti University; 2000.P.12-16.
15-Farsi JMA, Farghaly MM, Farsi M. Oral health knowledge, attitude and behaviouramong Saudi school students in Jeddah city. J Dent 2004;32:47-53.
16-Falahi NM, Z MS, Razavi Sh. Knowledge and attitudes of students toward oral health Zahedan. Shahid Beheshti Uni Dental J 2006;24:492-8.
17-Zafarmand A, Moslemi M,khatiri yazdi S. Assessment of students' knowledge and attitudes toward oral health tips in Tehran. Shahid Beheshti Uni Dental J 2006;24: 792-8.
18-Mohamad E, Shariyat E, Labigjani j, Abotalebi GH. Oral health status of elementary school studentsin Saveh. J Nursing-and Midwifery Gorgan 2011;8:53-60.
19-Aghvami M, Mohamadzadeh SH, Jalalmanesh M, Zareh R. compare the effectiveness of two methods of teaching a group of CD children 8 to 12 years old with asthma on quality of life. J Zanjan Uni Med Sci 2012;19:78-85.
20-Antony G, Sarma K. Dietary habits and effect to different educational tools on nutrition knowledge of school going adolescent girls in Hydarabad Hndia, J clinic nutria 2007;61:1081-5.
21-Maldnvski A, Kieser JA. The efficacy of multimedia pre-operative information for patients: A pilot study. Newzealand Dent J 2008;104:36-43.
22-Babaii Hedar Abady A, Shojaii ZD. The effect of educational program on oral health behaviors Ardakan city girl students. Theran Univ J 2011;9:78-80.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

Comparison of Two Methods of Dental Health Education Lectures and Film Screenings on Knowledge, Attitude and Practice of Students

Mohamadkhah F [1], Amin Shokravi F[1], Faghihzadeh S[2], Babaie heydarabadi A[3], Kazembeigi F[4], Maghsoodi R[4]*

(Received: 29 Nov. 2012 Accepted: 29 Jan. 2013)

Abstract

Introduction: Oral health is an important component of lifestyle. And recovery requires proper training methods to improve knowledge, attitudes and practices in rela-tion to its population. The aim of this study was to compare the effect of lecture and video screening in improving the knowledge, attitude and practice of dental hygiene students.

Materials & Methods: The survey was a quasi-experimental intervention survey done on 300 primary school students in Chabahar. The subjects were selected through a regular clustering method and were divided into three equal groups (each group n=100: control, lecture and film). The knowledge, attitude and practice of the student were measured by self report questionnaires and pre-test and post-test method. The data was analyzed by using of the software SPSS version 11 and the statistical tests, ANOVA, Mann-Whitney.

Findings: In the lecture and film groups, the knowledge and attitude were improved immediately and 3 months after the intervention, however, the practice was improved immediately after the intervention. The film approach had a more effect on improving the knowledge, attitude and practice of oral health.($P<0.001$)

Discussion & Conclusion: This study showed that both the training lectures and video display can be an effective way to promote oral health education knowledge, attitudes and practice of the people, although video method is more effective.

Keywords: lectures, video screenings, awareness, attitude, behavior

1. Dept of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiyat Modares University, Tehran, Iran
2. Dept of Statistics and Epidemiology, School of Medicine,Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
3. Dept of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Dept of Environmental Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
**(corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]