

مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (سخنرانی - بسته آموزشی) بر آگاهی دختران در مورد بهداشت بلوغ

زهره خاکبازان* فرشته جمشیدی* عباس مهران** مریم دامغانیان***

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش مهم نوجوانان در آینده کشور و مشاهده نقایص موجود در اطلاعات دانش‌آموزان در مورد بهداشت بلوغ، بررسی حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (سخنرانی- بسته آموزشی) بر آگاهی دختران در مورد بهداشت بلوغ در مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: طی یک مطالعه نیمه تجربی، ۲۰۰ دانش‌آموز دختر از طریق نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود. به یک گروه از طریق آرایه بسته آموزشی و به گروه دیگر از طریق سخنرانی، طی دو جلسه دو ساعته، آموزش داده شد. مرحله دوم پژوهش، ۶ هفته بعد انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره آگاهی بعد از آموزش نسبت به میانگین نمره قبل از آموزش، در هر دو گروه افزایش نشان داد ($p=0/001$). همچنین میانگین نمره آگاهی بعد از آموزش، در گروه بسته آموزشی در مقایسه با گروه سخنرانی، بر اساس آزمون من‌ویتنی‌یو، افزایش معناداری را نشان داد ($p<0/001$). تفاوت میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از آموزش در دو گروه، مقایسه شد که در گروه بسته آموزشی به طور معناداری بیشتر از سخنرانی بود. مقایسه تفاوت نمرات هر دو گروه، قبل و بعد از آموزش نیز اختلاف معناداری را نشان داد ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: هر دو روش آموزشی، در ارتقای سطح آگاهی دانش‌آموزان، مؤثر بوده‌اند، اما مقایسه میانگین تفاضل نمرات در دو گروه، حاکی از مؤثرتر بودن روش بسته آموزشی نسبت به سخنرانی بوده است.

نویسنده مسؤول: زهره خاکبازان؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: khakbaza@sina.tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: بهداشت بلوغ، آگاهی، روش‌های آموزشی، سخنرانی، بسته آموزشی

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷

مقدمه

یکی از دوره‌های مهم زندگی انسان، دوره نوجوانی است. انرژی انسان در تازه‌ترین، بیشترین و نیرومندترین شکل آن در این مرحله زندگی یعنی در دوره نوجوانی ظاهر می‌شود (۱). بلوغ یکی از ابعاد مهم این دوران است که اطلاع از روند طبیعی و مشکلات آن موجب گذر

موفق فرد به دوران بزرگسالی و باروری می‌گردد (۲). با ورود فرد به سن بلوغ، تغییرات اساسی و مهمی در وضعیت ظاهری، رفتارهای اجتماعی و وضعیت روانی وی ایجاد می‌شود و فرد وارد مرحله تازه‌ای از زندگی شده و نگرشی متفاوتی در مقایسه با زمان کودکی نسبت به خود و محیط پیدا می‌کند (۳). نیروها و توانمندی‌های دوران بلوغ بیش از هر دوران دیگری است، به صورتی که هم می‌تواند شخص و جامعه را به اوج ترقی و کمال رساند و هم به

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی و کارشناس ارشد آمار حیاتی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

قعر ذلت (۴)، از طرفی بسیاری از عادات و رفتارهای بهداشتی نیز در این مرحله از زندگی شکل می‌گیرد و تأثیر مهمی بر رفتارهای بهداشتی در بزرگسالی خواهد داشت (۵).

در حال حاضر ۲۷٪ جمعیت ایران یعنی حدود ۱۶ میلیون نفر را نوجوانان تشکیل می‌دهند (۶).

افزایش روزافزون جمعیت جوان کشور و نیز اختصاص میزان بالایی از آن به دختران، بیانگر اهمیت توجه به آنان در برنامه‌های بهداشتی است. که البته می‌بایست توجه داشت که در عمل، این برنامه‌ها بیشتر زنان در سنین باروری و تولیدمثل را تحت پوشش قرار داده و به نیازهای دختران اهمیت چندانی داده نمی‌شود (۷). اغلب دختران اطلاعات اولیه و ضروری درباره وضعیت جسم و روان در دوران بلوغ و رفتارهای بهداشتی متناسب با آن را ندارند. فقدان آموزش، اطلاعات غلط، خجالت و پرهیز از وارد شدن به بحث درباره بهداشت ناحیه تناسلی، مانع دستیابی دختران جوان به سلامت اجتماعی و روانی شده و باعث می‌شود که آنان احساس مثبتی راجع به خود و توانایی‌هایشان نداشته باشند و این مسأله سبب بروز مشکلات فراوانی می‌گردد (۸). بنابراین داشتن شناخت و آگاهی در مورد بهداشت بلوغ و خطرات تهدیدکننده سلامتی در این دوران و آگاهی از دلایل و علل بروز تغییرات خاص دوران بلوغ می‌تواند سبب پیشگیری از بسیاری از مشکلات نوجوانان شده و در کاستن از ناراحتی‌های این نسل مؤثر باشد (۹). از طرفی دیگر سرمایه‌گذاری اندک در زمینه آموزش دختران و زنان، دستاوردهای مضاعفی را در تمامی ابعاد

توسعه اجتماعی به دنبال خواهد داشت (۱۰) و توجه به بهداشت روانی دوران بلوغ در کنار تغییرات جسمی آن از اهمیت فوق‌العاده برخوردار است (۱۱).

در مورد آموزش مسایل مرتبط با بلوغ، مدارس از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار بوده و بهترین محل جهت ایفای این نقش می‌باشد. برای این منظور، لازم است مسئولان مدارس با روش‌های مختلف آموزشی آشنا شده و روشی را که در ارتقای آگاهی دانش‌آموزان نقش مؤثرتری دارد به مدد اعضای تیم بهداشتی به کار گیرند (۱۲).

از جمله مسؤولیت‌ها و وظایف تمامی دست‌اندرکاران حرف بهداشتی و علوم پزشکی، ایجاد رفتارهای صحیح بهداشتی و تشخیص رفتارهای غیربهداشتی و پیشگیری از آن در جامعه می‌باشد (۱۳). ماما به عنوان عضوی از تیم بهداشتی نقش و وظایف متعددی بر عهده دارد که از آن جمله ارایه مشاوره بهداشتی و آموزشی نه تنها برای زنان بلکه به خانواده و جامعه است (۱۴). به طور کلی می‌توان گفت ماما نقش مهمی در بهداشت زنان در همه سنین، از جمله دوران نوجوانی و بلوغ دارد (۱۵).

با توجه به امکان ارایه آموزش به طرق مختلف، انتخاب روش مناسب در موفقیت تدریس نقش مهمی دارد (۱۶). از جمله متداول‌ترین و سنتی‌ترین روش‌های آموزش معلم محور، سخنرانی است (۱۷). سخنرانی در کنار مزایایی چون، مقرون به صرفه بودن، ارایه مستقیم، منظم و منطقی مطالب، افزایش مهارت تکلم در معلم و یادداشت برداری در دانش‌آموزان، 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 (۱۸). در کنار سایر روش‌ها، می‌توان از روش‌های دانش‌آموز محور، نظیر بسته‌های آموزشی نیز استفاده کرد (۱۹). روش دانش‌آموز محور، روشی انعطاف‌پذیر است که در آن به احتیاجات و توانایی‌های دانش‌آموزان توجه زیادی می‌شود (۲۰).

با توجه به اهمیت دوران بلوغ و مشاهده نقایص موجود در زمینه بهداشت مدارس و عدم آگاهی کافی دانش‌آموزان در مورد بهداشت بلوغ و ناکافی بودن مطالعات در زمینه ابعاد مختلف بهداشت در این دوران و نیز وظیفه‌ای که ماما به عنوان یکی از اعضای تیم بهداشتی در این امر بر عهده دارد، نیاز به انجام چنین مطالعه‌ای احساس شد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (سخنرانی - بسته آموزشی) بر آگاهی دختران در مورد بهداشت بلوغ در مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران، طراحی و اجرا شده است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که در آن ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران شرکت داشتند. روش نمونه‌گیری، چند مرحله‌ای بوده، بدین ترتیب که در مرحله اول از بین مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت، دو مدرسه

به صورت تصادفی انتخاب و سپس در مرحله بعد در هر مدرسه، سه کلاس هر کدام از یک مقطع آموزشی به صورت تصادفی انتخاب شد. در مجموع ۶ کلاس (از هر مقطع ۲ کلاس) انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که با توجه به اهداف، در دو بخش مشخصات فردی و سؤالات مربوط به آگاهی دانش‌آموزان در مورد بهداشت بلوغ تهیه و تدوین گردید. سؤالات مربوط به آگاهی شامل بهداشت جسمی (شناخت تغییرات بلوغ و سیستم تناسلی زنانه، تغذیه دوران بلوغ، فعالیت بدنی و استراحت، بهداشت پوست، بهداشت قاعدگی) و بهداشت روانی بلوغ بود. به منظور محرمانه نگهداشتن اطلاعات از روش کدگذاری بدون ذکر نام و نام خانوادگی استفاده شد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها نیز از اعتبار محتوا و به منظور تعیین اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد که با ضریب پایایی ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت.

در این مطالعه، داده‌ها در دو مرحله به شیوه پیش آزمون و پس آزمون، در طی دو ماه و نیم (از اواسط مهر ماه ۱۳۸۵ تا اواخر آذر)، جمع‌آوری گردید، به این ترتیب که پس از طی مراحل قانونی و اخذ معرفی‌نامه رسمی، با مراجعه به مدارس منتخب و توضیح اهداف و تأکید به اختیاری بودن شرکت دانش‌آموزان در مطالعه، در یک گروه از روش سخنرانی و به صورت دو جلسه دو ساعته (به طور جداگانه برای هر یک از مقاطع آموزشی) و در گروه دیگر از آرایه بسته‌های آموزشی استفاده گردید. بسته آموزشی به صورت جزوه آموزشی حاوی چند فصل و هر فصل شامل عنوان، اهداف، محتوای

آموزشی (در هر دو گروه تقریباً در یک سطح) و سؤالات ارزشیابی تهیه گردید. پس از طی ۶ هفته پرسشنامه‌ها به استثنای قسمت مشخصات فردی مجدداً، توسط همان دانش‌آموزان تکمیل گردید. پس از استخراج نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها و با توجه به اطلاعات ثبت شده در مورد آگاهی دانش‌آموزان درباره بهداشت بلوغ، کسب امتیاز کمتر از ۵۰٪ از حداکثر امتیاز قابل اکتساب به منزله آگاهی پایین، امتیاز ۷۵-۵۰٪ به منزله آگاهی متوسط و بیش از ۷۵٪ به منزله آگاهی بالا در مورد بهداشت بلوغ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه، از آمار توصیفی برای توصیف شرایط موجود و از آزمون من‌ویتنی‌یو و ویل‌کاکسون برای مقایسه سطوح آگاهی قبل و بعد از ارایه دو روش آموزشی و مقایسه تأثیر دو روش آموزشی (سخنرانی و بسته آموزشی) استفاده گردید. از آن جا که برخی از مشخصات فردی (تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل مادر، وضعیت زندگی با والدین و وضعیت قاعدگی) دو گروه آموزشی همگن نبود، جهت حذف تأثیر آن‌ها بر سطح آگاهی قبل و بعد از آموزش از آزمون مانتل-هینزل استفاده شد. برای استفاده از این آزمون، آگاهی در دو سطح طبقه‌بندی شد.

یافته‌ها

مشخصات فردی دانش‌آموزان در قالب جدول شماره ۱ آمده است. قبل از آموزش اکثریت دانش‌آموزان مورد مطالعه، در هر دو گروه سخنرانی (۷۱٪) و بسته آموزشی (۸۱٪) دارای آگاهی پایین بودند و اختلاف معنادار بین سطح آگاهی قبل از آموزش

در دو گروه مورد مطالعه دیده شد ($p < 0/001$) (جدول شماره ۲). با انجام آزمون مانتل-هینزل اثر متغیرهای غیرهمگن حذف شدند. نهایتاً با حذف اثر این متغیرها، نتیجه آزمون مانتل-هینزل اختلاف معناداری را در سطح آگاهی قبل از آموزش در دو گروه آموزشی نشان نداد. به عبارت دیگر، متفاوت بودن متغیرهای فردی در دو گروه می‌تواند دلیل اختلاف سطح آگاهی قبل از آموزش در آن‌ها باشد.

بعد از آموزش اکثریت دانش‌آموزان در گروه سخنرانی (۵۶٪) دارای آگاهی متوسط و در گروه بسته آموزشی (۵۴٪) دارای آگاهی بالا بودند و اختلاف معنادار ($p < 0/001$) بین سطح آگاهی بعد از آموزش در دو گروه (سخنرانی و بسته آموزشی) دیده شد (جدول شماره ۳). پس از انجام آزمون مانتل-هینزل و حذف تأثیر متغیرهای غیر همگن، همچنان اختلاف معناداری در سطح آگاهی بعد از آموزش در دو گروه آموزشی وجود داشت که نشان‌دهنده تأثیر آموزش و نه متغیرهای مذکور می‌باشد.

همچنین سطح آگاهی دختران قبل و بعد از آموزش به تفکیک در دو گروه آموزشی مقایسه شد. نتایج اختلاف معناداری را در هر دو گروه سخنرانی ($p < 0/001$) و بسته آموزشی ($p < 0/001$) نشان داد (جدول شماره ۴).

تفاوت سطح آگاهی دانش‌آموزان مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در دو گروه آموزشی مقایسه شد. نتایج اختلاف معناداری ($p < 0/0001$) را نشان داد. بر اساس نتایج به دست آمده، تغییر ایجاد شده در میانگین آگاهی، در گروه بسته آموزشی ($27/18 \pm 12/99$) بیشتر از گروه سخنرانی ($44/21 \pm 14/08$) بوده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران بر حسب مشخصات فردی در دو گروه آموزشی در سال ۱۳۸۵

گروه آموزشی					مشخصات دانش‌آموزان	گروه آموزشی				مشخصات دانش‌آموزان	
بسته آموزشی		سخنرانی				بسته آموزشی		سخنرانی			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت		
۹۶	۹۶	۸۸	۸۸	زندگی با هردو والد	۸	۸	۳	۳	۱۱	سن	
				وضعیت زندگی یا والدین	۳۱	۳۱	۳۶	۳۶	۱۲		
۲	۲	۱۱	۱۱		تنها با مادر	۳۶	۳۶	۳۲	۳۲		۱۳
۲	۲	۱	۱		سایر موارد	۲۲	۲۲	۲۵	۲۵		۱۴
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰		جمع	۳	۳	۴	۴		≥۱۵
نتیجه آزمون فیشتر $p=۰/۰۱$					نتیجه آزمون من ویتنی یو $p=۰/۰۶$						
۵۰	۵۰	۶۵	۶۵	قاعده می‌شود	۱۰	۱۰	۱۱/۹۲	۱۱	بی‌سواد	تحصیلات پدر	
				وضعیت قاعدگی	۶۸	۶۸	۴۲/۳۹	۳۹	زیردیپلم		
۵۰	۵۰	۳۵	۳۵		قاعده نمی‌شود	۱۸	۱۸	۳۲/۶	۳۰		دیپلم
					جمع	۴	۴	۱۳/۰۴	۱۲		دانشگاهی
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰		جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۲		جمع
نتیجه آزمون مجذور کای $p=۰/۰۳$					نتیجه آزمون مجذور کای $p=۰/۰۲$						
۶	۳	۱۲/۳	۸	۱۰	سن منارک	۱۲	۱۲	۱۴	۱۴	بی‌سواد	تحصیلات مادر
۱۶	۸	۲۰	۱۳	۱۱		۶۸	۶۸	۴۴	۴۴	زیردیپلم	
۴۴	۲۲	۴۷/۶۹	۳۱	۱۲		۱۸	۱۸	۳۷	۳۷	دیپلم	
۳۲	۱۶	۱۶/۹۲	۱۱	۱۳		۲	۲	۵	۵	دانشگاهی	
۲	۱	۳/۰۷	۲	۱۴		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۶۵	جمع	نتیجه آزمون فیشتر $p=۰/۰۰۳$						
نتیجه آزمون من ویتنی یو $p=۰/۰۸$					نتیجه آزمون فیشتر $p=۰/۰۰۳$						
	۹۷	۸۵	۸۵	خانه‌دار	۵	۵	۶/۵۲	۶	بیکار	شغل پدر	
				شغل مادر	۶	۶	۳/۲۶	۳	بازنشسته		
	۳	۱۵	۱۵		شاغل	۱۶	۱۶	۳۲/۶	۳۰		کارمند
					جمع	۱۶	۱۶	۱۱/۹۵	۱۱		کارگر
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰		جمع	۵۷	۵۷	۴۵/۶۵	۴۲		شغل آزاد
نتیجه آزمون مجذور کای $p=۰/۰۰۳$					نتیجه آزمون مجذور کای $p=۰/۰۸$						

جدول ۲- توزیع فراوانی سطح آگاهی دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد بهداشت بلوغ در مرحله قبل از آموزش به تفکیک دو گروه آموزشی در سال ۱۳۸۵

سطح معناداری*	بسته آموزشی		سخنرانی		سطح آگاهی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p<۰/۰۰۱$	۸۱	۸۱	۷۱	۷۱	پایین
	۱۹	۱۹	۲۷	۲۷	متوسط
	۰	۰	۲	۲	بالا
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع

* آزمون من ویتنی یو

جدول ۳- توزیع فراوانی سطح آگاهی دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد بهداشت بلوغ در مرحله بعد از آموزش به تفکیک دو گروه آموزشی در سال ۱۳۸۵

سطح معناداری*	بسته آموزشی		سخنرانی		گروه سطح آگاهی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p < 0.001$	۱	۱	۷	۷	پایین
	۴۵	۴۵	۵۶	۵۶	متوسط
	۵۴	۵۴	۳۷	۳۷	بالا
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع

* آزمون من‌ویتنی‌یو

جدول ۴- توزیع فراوانی سطح آگاهی دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد بهداشت بلوغ (قبل و بعد از آموزش) به تفکیک دو گروه آموزشی در سال ۱۳۸۵

بسته آموزشی		سخنرانی				گروه زمان سطح آگاهی	
بعد از آموزش		قبل از آموزش		بعد از آموزش		قبل از آموزش	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۱	۱	۸۱	۸۱	۷	۷	۷۱	۷۱
۴۵	۴۵	۱۹	۱۹	۵۶	۵۶	۲۷	۲۷
۵۴	۵۴	۰	۰	۳۷	۳۷	۲	۲
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
$p < 0.001$		$p < 0.001$				سطح معناداری*	

* آزمون ویل‌کاکسون

اختلاف معناداری را بین سطح آگاهی بعد از

آموزش در دو گروه آموزشی نشان داد.

در مقایسه سطح آگاهی دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش از طریق سخنرانی نتایج مطالعه اختلاف معناداری را نشان داد که مشابه نتایج به دست آمده توسط Casazza و Ciccazzo می‌باشد. وی نیز در مطالعه خود به مقایسه تأثیر دو روش آموزشی سخنرانی و بسته آموزشی کامپیوتری بر تغییرات رفتاری نوجوانان در آمریکا پرداخته است. در این مطالعه، آزمون آماری تی اختلاف معناداری ($p < 0.001$) را بین سطح آگاهی دانش‌آموزان در مورد تغذیه دوران بلوغ قبل و بعد از آموزش از طریق سخنرانی نشان داد (۲۱).

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که اکثریت دانش‌آموزان قبل از آموزش، در هر دو گروه سخنرانی و بسته آموزشی (به ترتیب ۷۱٪ و ۸۱٪) دارای آگاهی پایین بوده‌اند. آزمون آماری من‌ویتنی‌یو، اختلاف معناداری را بین سطح آگاهی دانش‌آموزان قبل از آموزش در دو گروه نشان داد، یعنی دو گروه از نظر سطح آگاهی قبل از آموزش همگن نبودند.

در مقایسه سطح آگاهی دانش‌آموزان بعد از آموزش در دو گروه آموزشی، نتایج مطالعه نشان داد اکثریت واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش در گروه سخنرانی (۵۶٪) دارای آگاهی متوسط و در گروه بسته آموزشی (۵۴٪) دارای آگاهی بالا بوده‌اند. آزمون آماری من‌ویتنی‌یو،

انجام گرفته است، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در سطح شهر تهران و یا حتی در سطح کشوری و با تعداد نمونه بیشتر و همراه با گروه شاهد انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های مطالعه نشان‌دهنده مؤثر بودن هر دو روش آموزشی در ارتقای سطح آگاهی دانش‌آموزان در مورد بهداشت بلوغ می‌باشد. علی‌رغم این که میانگین نمره قبل از آموزش در گروه بسته آموزشی پایین‌تر از گروه سخنرانی بود با توجه به مقادیر تغییر ایجاد شده در نمرات آگاهی در دو گروه آموزشی (در گروه سخنرانی $27/18 \pm 13/99$ و در گروه بسته آموزشی $44/21 \pm 14/08$) روش بسته آموزشی مؤثرتر بوده است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان، در کنار سایر روش‌ها، از روش بسته آموزشی نیز در سایر مدارس جهت آموزش بهداشت بلوغ استفاده گردد. استفاده از این روش، علاوه بر مؤثرتر بودن در ارتقای سطح آگاهی نوجوانان باعث کاهش اتلاف وقت دانش‌آموزان جهت شرکت در جلسات سخنرانی می‌شود.

شکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۲۵۰/۲۸۵۹ مورخ ۸۵/۵/۷ می‌باشد، بدین وسیله از مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در انجام این مطالعه قدردانی می‌گردد.

نتایج حاصل از مقایسه سطح آگاهی دانش‌آموزان قبل و بعد آموزش از طریق بسته آموزشی نیز اختلاف معناداری را نشان داد که مشابه مطالعه Parwej و همکاران که به بررسی تأثیر بسته آموزشی بهداشت باروری بر آگاهی دختران ۱۵-۱۹ ساله در چاندیگار هند پرداخته است، می‌باشد. در این مطالعه، آزمون آماری ویلکاکسون اختلاف معناداری ($p < 0/001$) را بین سطح آگاهی دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش از طریق بسته آموزشی نشان داد (۸).

نتایج کسب شده از مقایسه تفاوت سطح آگاهی دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش در دو گروه آموزشی، بیانگر تغییر ایجاد شده بیشتر در میانگین آگاهی دختران در گروه بسته آموزشی نسبت به گروه سخنرانی بوده است. از آن جا که در مطالعه حاضر، بسته آموزشی به صورت کامل و مبسوط و در عین حال ساده و قابل فهم همراه با تصاویر جالب و آموزنده برای دانش‌آموزان تهیه شده است و پس از پایان هر مطلب سؤالات مربوط به آن ارائه شده و پاسخ آن‌ها نیز در دسترس دانش‌آموزان بوده است، ممکن است در موفق‌تر بودن این روش نسبت به سخنرانی نقش داشته باشد. در مطالعه Williams و همکاران که به بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش از طریق سخنرانی و بسته آموزشی کامپیوتری در آموزش دانشجویان پزشکی پرداخته‌اند نیز مانند مطالعه فعلی بسته آموزشی در ارتقای سطح آگاهی دانشجویان در مورد مسایل عینی نظیر اقدامات لازم در برخورد با بیمار دچار اختلال افسردگی مؤثرتر بوده است (۲۲).

با توجه به این که مطالعه حاضر در جامعه‌ای محدود و با تعداد نمونه نه چندان زیاد

منابع

- 1 - Narayan KA, Srinivasa DK, Pelto PJ, Veeramal S. Puberty rituals, reproductive knowledge and health of adolescent schoolgirls in south India. *Asia-Pacific Population Journal*. 2001 Jun; 16(2): 225-38.
- 2 - McKenzie JF, Pinger R, Kotecki JE. *An introduction to community health*. Boston: Jones & Bartlett; 2005. P. 207.
- 3 - Thies KM, Travers JF. *Handbook of human development for health care professionals*. Boston: Jones & Bartlett; 2006. P. 191.
- 4 - Azar M. [Female puberty]. Tehran: Noore Danesh Publications; 2003. P. 14. (Persian)
- 5 - Mahale RS. *Changing trends in obstetrics and gynecology*. New Dehly: Jaypee; 2004. P. 1.
- 6 - Malekafzali H. [Reproductive health general education collection]. The family planning council in Islamic republic of Iran. The united nations office in Iran. 2001: 35. (Persian)
- 7 - Eskandari M. [The effect of counseling with mothers on girls healthy behaviors]. Nursing MS thesis, Medical Science Faculty, Tarbiat Modares University, 1998; 28. (Persian)
- 8 - Parwej S, Kumar R, Walia I, Aggarwal AK Reproductive health education intervention trial. *Indian J Pediatr*. 2005 Apr; 72(4): 287-91.
- 9 - Saibaba A, Mohan Ram M, Ramana Rao GV. Nutritional status of adolescent girls of urban slums and the impact of ICE on their nutritional knowledge and practices. *Indian Journal of Community Medicine*. 2002 Oct-Dec; 27(4): 151-156.
- 10 - Ghahremani L. [The effect of physical puberty health education on healthy behavior of guidance schools girls in Chabahar]. Health education MS thesis, Medical Science Faculty, Tarbiat Modares University, 2003; 101. (Persian)
- 11 - Hoseini M, Ruhani K, Hoseinzade S. [Family health nursing]. Tehran: Boshra Publications; 2005. P. 93. (Persian)
- 12 - Ebrahimi MA, Helmsersht P, Delpishe E. [Textbook of community health nursing]. Tehran: Chehr Publications; 2006. P. 146. (Persian)
- 13 - He K, Kramer E, Houser RF, Chomitz VR, Hacker KA. Defining and understanding healthy lifestyles choices for adolescents. *J Adolesc Health*. 2004 Jul; 35(1): 26-33.
- 14 - Annamma J. *Comprehensive textbook of midwifery*. New Dehly: Jaypee; 2005. P. 11.
- 15 - Tharpe N. *Clinical practice guidelines for midwifery and women's health*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2006. P. 245.
- 16 - Hodges BC, Videto DM. *Assessment and planning in health programs*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2005. P. 100.
- 17 - Hejazi Sh. [Teaching methods in education]. Tehran: Tohfe Publications; 2006. P. 48. (Persian)
- 18 - Safavi A. [Methods, techniques, models of teaching]. Tehran: Samt Publications; 2006 . P. 116. (Persian)
- 19 - Lee MB. Creating knowledge through partnerships in global education: using small-group strategies with large groups. *J Nurs Educ*. 2001 May; 40(5): 222-4.
- 20 - Shabani H. [Educational skills: methods and techniques of teaching]. Tehran: Samt Publications; 2006. P. 228. (Persian)
- 21 - Casazza K, Ciccazzo M. The method of delivery of nutrition and physical activity information may play a role in eliciting behavior changes in adolescents. *Eat Behav*. 2007 Jan; 8(1): 73-82.
- 22 - Williams C, Aubin S, Harkin P, Cottrell D. A randomized, controlled, single-blind trial of teaching provided by a computer-based multimedia package versus lecture. *Med Educ*. 2001 Sep; 35(9): 847-54.