

بررسی مقایسه ای آموزش به روش ویدئو کلیپ و چهره به چهره بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک

محبوبه قاسمی راد

کارشناسی ارشد پرستاری کودکان

نام نویسنده مسئول:

محبوبه قاسمی راد

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای آموزش به روش ویدئو کلیپ و چهره به چهره بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک می باشد. روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی و علی مقایسه ای است و از نظر هدف کاربردی و از نظر زمانی از نوع تحقیقات مقطعی می باشد. ابزار گردآوری داده ها برگزاری کارگاه های آموزشی به دو صورت ویدئو کلیپ و چهره به چهره می باشد و جهت سنجش یادگیری تزریق انسولین از پرسشنامه استفاده شد. جامعه آماری مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک در شهر سبزوار می باشد که شامل ۸۶ نفر می باشد که پس از صحبت با آن ها، تعداد ۸۰ نفر حاضر به همکاری شدند که ۴۰ نفر در کلاس های آموزش به روش ویدئو کلیپ و ۴۰ نفر در کلاس های آموزش به چهره آموزش دیدند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد که طبق نتایج حاصل از پژوهش، آموزش چهره به چهره نسبت به آموزش به روش ویدئو کلیپ تاثیر بیشتری بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک دارد.

واژگان کلیدی: آموزش، انسولین، دیابت نوع یک.

مقدمه

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی در سراسر جهان است که شیوع آن در حال افزایش است و به یکی از نگرانی‌های سلامت عمومی در قرن ۲۱ تبدیل شده است (بلک برن و همکاران،^۱ ۲۰۱۳: ۱۸۳). بیماری دیابت به گروهی از بیماری‌های متابولیکی گفته می‌شود که ویژگی مشترک آن‌ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، یا نقص در عملکرد آن و یا هر دو می‌باشد. دیابت انواع مختلفی دارد که دیابت نوع یک و دو از انواع مهم آن هستند. دیابت نوع یک اختلال متابولیکی است که با عدم ترشح انسولین یا ترشح ناکافی انسولین به وجود می‌آید. بیماری دیابت نوع یک که بر اثر واکنش‌های خود ایمن و به صورت کاملاً ناگهانی اتفاق می‌افتد، یکی از متداولترین بیماری‌های غدد درون‌ریز و اختلالات متابولیک دوران کودکی به شمار می‌رود و در دو دهه اخیر شیوع فزاینده‌ای یافته است. سیستم دفاعی بدن به سلول‌های بتای انسولین ساز پانکراس حمله و آن‌ها را تخریب می‌نماید در نتیجه بدن انسولین مورد نیاز خود را تأمین نمی‌کند و کودک برای ادامه زندگی باید انسولین مورد نیاز خود را به صورت تزریق روزانه دریافت کند (زیسبرگ و لانگ،^۲ ۲۰۱۵: ۲۱). درمان توصیه شده برای این بیماری مزمن بسیار پیچیده و دست و پاگیر است و نیاز به اندازه‌گیری قند خون حداقل ۴ مرتبه در روز، کنترل و رصد جذب کربوهیدرات‌های رژیم‌های غذایی، تزریق روزانه سه یا چهار بار انسولین و اصلاح دائمی میزان انسولین تزریقی متناسب با رژیم غذایی و میزان فعالیت‌های روزانه کودک دارد (موریرا و همکاران،^۳ ۲۰۱۴: ۳۴۷). در صورت عدم مدیریت صحیح دیابت، عوارض کوتاه مدت مثل هیپوگلیسمی، کتواسیدوزیابتی (بالا رفتن خطرناک کتون‌ها در خون فرد مبتلا به دیابت به دلیل سوزاندن چربی به عنوان منبع انرژی) و عوارض بلندمدت مثل نوروپاتی، نوروپاتی و رتینوپاتی و آسیب‌های قلبی و عروقی می‌شود (زنلا و همکاران،^۴ ۲۰۱۳: ۳۸۴). شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز دوران کودکی و نوجوانی دیابت قندی نوع یک یا وابسته با انسولین می‌باشد (میرلاشاری و رسولی،^۵ ۱۳۸۸: ۳۴). شیوع دیابت نوع یک در بین کودکان در تمام نقاط دنیا رو افزایش است که علت اصلی آن معلوم است (کارول و کاررو،^۶ ۲۰۰۶: ۲۴۳)؛ و تقریباً یک نفر از هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ کودک زیر ۱۸ سال را درگیر می‌سازد (مرتضوی و طباطبایی،^۷ ۱۳۸۳). در ایالات متحده از ۴۰۰ کودک و نوجوان یک نفر دیابت دارد (سازمان دیابت آمریکا،^۸ ۲۰۱۲). در ایران، دیابت در راس بیمارهای غیرواگیر کشور قرار داد (عزیزی،^۹ ۱۳۸۳: ۱۵)؛ و بروز سالانه دیابت نوع یک را در ایران ۳/۷ مورد در هرصد هزار نفر برآورد کرده‌اند. این رقم در سرتاسر جهان از ۱ تا ۳۵ مورد در هر صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۴ سال متغیر است (پیشداد،^{۱۰} ۱۳۸۳: ۹۲۷). از سوی دیگر، هزینه‌های مستقیم (مراقبت‌های بهداشتی، دارو)، پایه و اساسی (سرمایه و تجهیزات) و هزینه‌های غیر مستقیم ناشی از ناتوانی و عوارض بیماری، مرگ زودرس، کاهش اشتغال و باروری نسل جوان آینده و هزینه‌های نامحسوس ناشی از رنج (فانل و اندرسون،^{۱۱} ۲۰۰۴: ۱۲۳). اشخاص مبتلا به دیابت دو تا سه برابر بیشتر از اشخاص سالم می‌باشد (سازمان دیابت آمریکا،^{۱۲} ۲۰۱۲). هیچ شکی وجود ندارد که بهبود کنترل قندخون در بیماران دیابتی منجر به کاهش بروز عوارض مزمن بیماری و با طبع هزینه‌ای درمان ناشی از آن می‌گردد (وینتر و سیگرونورینو،^{۱۳} ۲۰۰۲: ۱۴۳). در صورتی که دیابت به خوبی کنترل نشود، تغییرات عروقی در ۳-۲ سال بعد از تشخیص به وقوع می‌پیوندد؛ اما کنترل مناسب دیابت، باعث می‌شود که این تغییرات تا ۲۰ سال حتی بیشتر به تعویق بیفتد (هاکنبری و ویلسون،^{۱۴} ۲۰۱۱: ۱۸۷).

بدون آموزش در مورد دیابت، بیماران ۴ برابر بیشتر در معرض عوارض ناشی از آن قرار می‌گیرند و آموزش تغییرات رفتاری را که منجر به کنترل بهتر قند خون می‌شود را در پی دارد (کرانور و چریسنسون،^{۱۵} ۲۰۰۰: ۱۶۰). از آنجا که کودکان به تنهایی از انجام مدیریت بیماری خود ناتوان هستند، عمده مسئولیت انجام تکالیف درمانی بر عهده والدین خصوصاً مادر است که استرس و آشفتگی‌های زیادی را برای او به همراه خواهد داشت؛ و دیابت نوع یک منجر به تغییرات دائمی در زندگی کودک می‌شود، این مسئله می‌تواند بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، ارتباطی و تحصیلی او تأثیر بگذارد و موجب یاس و ناامیدی او شود. این بیماران در صورت عدم توانایی در کنترل مطلوب دیابت، با تغییرات وسیع در شیوه زندگی روبه‌رو می‌شوند که به شرایط تهدید کننده و ناتوانی آنها منجر می‌شود و به این دلیل استرس زیادی را تجربه می‌کنند. با گسترده شدن فناوری اطلاعات و نفوذ وسایل ارتباط جمعی از راه دور به عمق جامعه، ابزارها و روش‌های آمو

¹ Blackburn et all² Zysberg, L. and Lang³ Moreira et all⁴ Zenlea et all⁵ Carroll & Marrero⁶ American Diabetes Association⁷ Pishdad⁸ Funnell & Anderson⁹ Winter WE, Signorino¹⁰ Hockenberg M, Wilson¹¹ Cranor WC, Christenson

زش هم نیز دچار تحول شده؛ بطوری که با پیشرفت تکنولوژی استفاده از ابزارهای جدیدتر برای انتقال دانش مطرح شد (جهانی، ۲۰۱۲: ۱۵).

بر اساس تئوری مراقبت از خود اورم افزایش دانش افراد را برای مراقبت بهتر از خود توانمند ساخته و سبب اتخاذ تصمیمات آگاهانه مربوط به تداوم مراقبت از خود و کاهش علایم و نشانه‌های جسمی و روانی می شود، آموزش می تواند به صورت های مختلفی صورت گیرد (عباسی و همکاران، ۱۳۸۵: ۴۷). انتخاب رویکرد آموزشی در جهت اثربخشی آموزش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (دولین و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۹). انتخاب رویکرد آموزشی تحت تاثیر عوامل بسیاری همچون هدف آموزشی، فرصت‌ها و تجربیات پیشین، علایق و ویژگی مخاطب، اصول یادگیری حاکم برمطلب آموزشی، امکانات، تجهیزات و منابع آموزشی می‌باشد (المور و همکاران، ۲۰۰۹: ۵۴). همچنین با سرعت روز افزون و بی سابقه ای علم و تغییر اساسی در زندگی مردم عصر حاضر، لازم است رویکردهای آموزشی تغییر کنند (رویز و همکاران، ۲۰۰۶: ۲۰۷). آموزش چهره به چهره یکی از معمولترین روش‌های آموزش در سیستم بهداشتی درمانی می باشد. در این روش به دلیل بحث های دو نفره و رویاروی، تغییر رفتار بهتر امکان پذیر می‌باشد، اما برای آموزش نیاز به صرف زمان بیشتری بوده و در مراکز پر ازدحام میسر نمی باشد (جانسون و میقهتن، ۲۰۰۵: ۳۱۹). در این روش آموزش دهنده آموزش را بصورت فردی و برای یادگیرنده خاصی ارایه می‌کند و فرصتی را فراهم می‌آورد تا ایده ها و احساسات به صورت کلامی و غیر کلامی بین یادگیرنده و یاددهنده تبادل گردد (بسطیل، ۲۰۰۸: ۱۴۲). از طرف دیگر در دهه اخیر با توجه به تحولات شگرفی که فناوری اطلاعات در تمامی شئون زندگی ایجاد کرده است. تهیه و تولید آموزه‌ای چند رسانه ای مورد توجه قرار گرفته است. مواد آموزشی چند رسانه ای یکی از بهترین روش‌های آموزشی است که با ارائه حجم بالایی از اطلاعات با تنوع مناسب در یک حامل الکترونیک مانند ویدئو کلپ این قابلیت را داراست که معرفی کاملی از موضوع مورد نظر باشد (اسدی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰). نتایج مطالعات کولرس و همکاران که با هدف مقایسه تاثیر دو روش آموزشی چهره به چهره و ویدئو کلپ در بین مبتلایان به دیابت انجام شده بود نشان داد سطح دانش بیمارانی که بوسیله ویدئو کلپ آموزش دیده بودند بالاتر از بیمارانی بود که از طریق چهره به چهره آموزش دریافت کرده بودند (کولرس و همکاران، ۲۰۰۷: ۱۷۶). همچنین نتایج مطالعات کارو و همکاران نیز نشان داد که استفاده از ویدئو در افزایش سطح اطلاعات، فعالیت اجتماعی فیزیکی و کاهش مصرف وعدهای غذایی نوجوانان ایالات متحده مفید می‌باشد (کاسازا و سیکازو، ۲۰۰۷: ۷۳). در مقابل مطالعه محمد و همکاران که با هدف مقایسه تاثیر این دو روش آموزشی بر تبعیت از رژیم غذایی در بین بیماران پس از سکته قلبی انجام شده بود، نشان داد که آموزش با کمک ویدئو و آموزش چهره به چهره هر دوی یک میزان بر ارتقا تبعیت از رژیم غذایی بیماران موثر می‌باشند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۸: ۷۷).

پیشرفت تکنولوژی ارتباطات و گسترش استفاده از روش‌ها و ابزارهای متنوع ارتباطی، امکان استفاده از آموزش ویدئویی را فراهم ساخته است. از مزایای آموزش ویدئویی، توانایی برای ایجاد ذخیره‌سازی و تداوم در اطلاعات آسانی کاربرد و مقرون به صرفه بودن می باشد؛ اما در کنار این مزایا یکی از مهم ترین عیوب آن مجازی بودن و فقدان آموزش دهنده‌ی زنده و فعال در فرآیند اجرای برنامه است که با برقراری ارتباط فعال و واقعی نقش مؤثر و غیر قابل انکاری در دستیابی به هدف آموزش ایفا می کند. امروزه با پیشرفت‌های شگرفی که در زمینه ی تهیه فیلم های آموزش حاصل شده است این عیوب هم در حال کاهش هستند (مومن نصب و همکاران، ۱۳۸۰: ۱۲۹).

مطالعات اندکی به بررسی مقایسه‌ی آموزش حضوری و غیرحضوری پرداخته اند. براز و همکاران بیان کردند که آموزش سخنرانی و غیر حضوری بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران دیابتی یکسان دارند مطالعات نشان می دهد که درک شناختی بیماران دیابتی در حین و بین جلسه متفاوت می باشد، بنابراین زمان ارایه ی آموزش بر یادگیری بیماران دیابتی موثر می‌باشد (نجفی، ۲۰۰۸: ۲۱۰).

در حال حاضر رایج ترین رویکردهای آموزشی در برنامه‌های آموزش سلامت، آموزش به روش چهره به چهره و بحث گروهی است. بر اساس مبانی آموزش سلامت، روش چهره به چهره در مقایسه با سایر روش ها تأثیر بیشتری بر مددجو دارد اما در بسیاری از موقعیت ها به دلیل محدودیت موجود در منابع، تجهیزات و نیروی انسانی امکان استفاده از آموزش چهره به چهره وجود ندارد، که باید از شیوه های دیگر نظیر بحث گروهی استفاده شود. آموزش به روش چهره به چهره و آموزش به شیوه بحث گروهی از رایج ترین و شناخته شده ترین روش های آموزشی سازمان یافته به شمار می روند. هر کدام از این رو ها دارای مزایا و محدودیت هایی هستند. در شیوه آموزش چهره

12 Jahani

13 Devlin et all

14 Elmore et all

15 Ruiz et all

16 Johnson J, Mighten

17 Bastable

18 Keulers et all

19 Casazza K, Ciccazzo

20 Najafi

به چهره، امکان تعامل بیشتری بین آموز شدنده و مددجو وجود داشته و مددجو می تواند نظرات و سؤالات خود را به راحتی بیان نماید. محدودیت اصلی این روش کمبود نیروی آموزش دهنده مسائل بهداشتی است. در مقابل در روش ویدئو کلیپ آموزش دهنده می تواند به طور هم زمان به چند مددجو آموزش دهد، که با توجه به کمبود امکانات، این روش می تواند در عمل بسیار سودمند باشد. انتخاب روش آموزشی مناسب بستگی به عوامل متعددی دارد؛ از جمله، نوع و شدت بیماری، نوع مددجویان، امکانات و مواردی از این قبیل (ناصری و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۷۴).

در میان رسانه های دیدار، شنیداری، نوشتاری و حسی. رسانه های دیداری و از لحاظ آموزش غیر رسمی، جایگاه ویژه ای دارند. رسانه به امکاناتی اطلاق می شود که می توانند شرایطی را در محیط آموزش بوجود آورند که تحت آن شرایط، یادگیرندگان قادر باشد اطلاعات، رفتارها و مهارت های جدیدی را با درک کامل بدست آورند. رسانه آموزشی به عوامل و وسایل و یا ابزاری گفته می شود که کل محتوای آموزش را به فراگیران منتقل می کند؛ بنابراین رسانه به خودی خود قادر به انتقال و رساندن پیام آموزشی است. تاثیرگذاری بر باورها، عقاید و نگرش یادگیرندگان فقط با استفاده از کلام یاد دهنده میسر نیست. نتایج تحقیقات زیادی نشان داده است که حواس مختلف در یادگیری انسان نقش مساوی و یکسان ندارد. کاربرد رسانه ها می تواند در ایجاد تجربیات مشترک، انگیزش، جلب توجه و تمرکز فراگیران تاثیر گذار باشد؛ که همه اینها لازمه انجام آموزش و یادگیری هستند و در نهایت آموزش بوسیله رسانه های چندحسی، یادگیری بدون محدودیت زمانی و مکانی متناسب با نیازهای هر فرد را میسر می سازد. انتخاب رسانه های آموزشی به عوامل متعددی بستگی دارد که مهمترین آنها هدف آموزشی (تغییر دانش، نگرش یا عملکرد)، موضوع آموزشی و هزینه تولید رسانه می باشد. در مرحله بعد نوع رسانه آموزشی آنچه می تواند در تاثیر آنها بر فراگیری مخاطبان نقش بیشتری ایفا کند کیفیت تولید رسانه است که باید بر اساس نیاز گروه هدف و با توجه به ویژگی های آنها از جمله فرهنگ، سطح سواد، سن، جنسیت و موارد دیگری باشد. محتوای آن از لحاظ علمی صحیح قابل درک برای مخاطبان، قانع کننده و قابل پذیرش باشد. رسانه ها در رساندن مخاطب به سطوح بالای تفکری تاثیر زیادی دارند (غفاری، ۱۳۹۳: ۵۴).

• فرضیه پژوهش

آموزش چهره به چهره نسبت به آموزش به روش ویدئو کلیپ تاثیر بیشتری بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک دارد.

• روش کار

روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی و علی مقایسه ای است که به مقایسه دو نوع آموزش چهره به چهره و آموزش به روش ویدئو کلیپ بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک می پردازد. ابزار گردآوری داده ها برگزاری کارگاه های آموزشی به دو صورت ویدئو کلیپ و چهره به چهره می باشد و جهت سنجش یادگیری تزریق انسولین از پرسشنامه استفاده می شود. جامعه آماری مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک در شهر سبزوار می باشد که شامل ۸۶ نفر می باشد که پس از صحبت با آن ها، تعداد ۸۰ نفر حاضر به همکاری شدند که ۴۰ نفر در کلاس های آموزش به روش ویدئو کلیپ و ۴۰ نفر در کلاس های آموزش به چهره آموزش دیدند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

• یافته ها

طبق نتایج حاصل از تحقیق، ۳۶ نفر از مادران دارای سن ۲۱ تا ۳۰ سال، ۲۸ نفر دارای سن ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱۶ نفر دارای سن ۴۱ تا ۵۰ سال می باشد.

۳۱ نفر از مادران دارای فرزند یک تا پنج سال، ۲۴ نفر از مادران دارای فرزند ۶ تا ۱۰ سال، ۲۱ نفر از مادران دارای فرزند ۱۱ تا ۱۵ ساله و ۴ نفر از مادران دارای فرزند ۱۶ سال و بالاتر دارند.

۶۴ نفر بیان داشته اند که دیابت در خانواده ان ها ارثی است و ۱۶ نفر بیان داشته اند که دیابت در فرزندانشان از طریق ارث منتقل نشده است.

شاخص توصیفی یادگیری

جدول (۱). شاخص توصیفی یادگیری

تعداد	حداکثر آماره	حداقل آماره	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	مد	میانه	میانگین	چهره به چهره
۴۰	23	6	17	17.56	4.19	15	16.50	16	
۴۰	25	6	19	40.49	6.36	24	15	15.54	آموزش به روش ویدئو کلپ

برای سنجش متغیر رضایت حاصل از ارتقا از ۵ سؤال استفاده شده است که در سطح سنجش ترتیبی و در قالب طیف لیکرت و به شکل ۵ گزینه‌ای طراحی شده است که در آن نمره ۲۵ بیانگر رضایت حاصل از یادگیری در سطح بالا و نمره ۵ بیانگر رضایت حاصل از یادگیری در سطح پایین هست که با توجه به یافته‌های جدول در آموزش به روش چهره به چهره ۱۶ و در آموزش به روش ویدئو کلپ ۱۵.۵۴ است که با توجه به میانگین نمره‌های ۵ و ۲۵، نمره ۱۵ است پس با توجه به میانگین پاسخگویان بالاتری از حد متوسط می‌باشد که بیانگر این است که از دیدگاه پاسخگویان در سطح بالاتری از میانگین رضایت حاصل از یادگیری وجود دارد و طبق نتایج در میانگین رضایت حاصل از یادگیری در بین آموزش چهره به چهره بیشتر از آموزش به روش ویدئو کلپ است.

بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق پیش از آزمون

قبل از بررسی فرضیه لازم است نرمال بودن متغیرهای مطالعه مورد بررسی قرار گیرد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرها بکار می‌روند. هنگام بررسی نرمال بودن داده‌ها فرض صفر مبتنی بر اینکه توزیع داده‌ها نرمال است در سطح خطای ۵٪ تست می‌شود. بنابراین اگر آماره آزمون بزرگ‌تر مساوی ۰/۰۵ بدست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود. برای آزمون نرمالیت فرض‌های آماری به صورت زیر تنظیم می‌شود:

H0: توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال است.

H1: توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال نیست.

نتایج آزمون‌های نرمالیت در جدول (۲)، آورده شده است:

جدول (۲): نتایج آزمون نرمالیت

کولموگروف - اسمیرنوف				
مدیران انتصابی		مدیران انتخابی		
درجه معناداری	مقدار آماره	درجه معناداری	مقدار آماره	متغیر
0.200	0.081	0.200	0.101	یادگیری

همان‌طور که مشخص است از آن‌جا که آماره آزمون بزرگ‌تر مساوی ۰/۰۵ برای متغیر یادگیری، بدست آمده است، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهند بود. جهت بررسی فرضیه پژوهش، با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون تی تک نمونه ای استفاده شده است آموزش چهره به چهره نسبت به آموزش به روش ویدئو کلیپ تأثیر بیشتری بر یادگیری تریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک دارد.

در این آزمون مقدار فرضیه مورد بررسی با توجه به طیف لیکرت ۵ مقدره که در این پژوهش استفاده شده است. برابر با میانگین متغیرها یا عدد سه در نظر گرفته می‌شود که مقدار بیشتر از آن تأثیر زیاد یا خیلی زیاد متغیرها را نشان می‌دهد. اگر برای متغیری خاص مقدار (Sig. 2-taild) p-value از ۰.۰۵ کمتر باشد آنگاه آزمون معنادار است (هومن، ۱۳۷۳: ۹۷)؛ که در این فرضیه میانگین متغیرها برابر ۳ هست.

H0: آموزش چهره به چهره نسبت به آموزش به روش ویدئو کلیپ تاثیر بیشتری بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک ندارد.

H1: آموزش چهره به چهره نسبت به آموزش به روش ویدئو کلیپ تاثیر بیشتری بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک دارد.

جدول (۳). نتیجه آزمون معناداری

ارزش موردسنجش:									مدیران انتخابی
فاصله اطمینان ۹۵٪		اختلاف میانگین	مقدار sig آزمون	درجه آزادی	مقدار اماره آزمون	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
بیشترین	کمترین								
.5825	.1576								
.3529	.0244	.16422	۰۰.0	۳۹	1.758	.60535	642۰.3	۴۰	مدیران انتصابی
فرضیه H1 پذیرفته می شود.									نتیجه آماری

با توجه به مقادیر به دست آمده در آزمون معنی داری، فرضیه صفر در سطح معنی داری ۰,۰۵ رد شده و فرضیه یک تائید می شود که این موضوع نشان از تائید فرضیه تحقیق دارد و نشان می دهد که آموزش چهره به چهره نسبت به آموزش به روش ویدئو کلیپ تاثیر بیشتری بر یادگیری تزریق انسولین توسط مادران با فرزند مبتلا به دیابت نوع یک دارد.

نتیجه گیری

بیماری دیابت نوع یک که بر اثر واکنش های خود ایمن و به صورت کاملاً ناگهانی اتفاق می افتد، یکی از متداولترین بیماری های غدد درونریز و اختلالات متابولیک دوران کودکی به شمار می رود و در دو دهه اخیر شیوع فزایندهای یافته است. سیستم دفاعی بدن به سلول های بتای انسولین ساز پانکراس حمله و آنها را تخریب می نماید در نتیجه بدن انسولین مورد نیاز خود را تأمین نمی کند و کودک برای ادامه زندگی باید انسولین مورد نیاز خود را به صورت تزریق روزانه دریافت نماید. در این میان مادران که فرزند کوچک دارند وظیفه تزریق انسولین به فرزندانشان را دارند. لذا لازم است که شیوه های متفاوت آموزش بر میزان یادگیری مادران مورد بررسی قرار گیرد که در پژوهش حاضر مادران یادگیری بیشتری در شیوه چهره به چهره نسبت به آموزش ویدئو کلیپ داشتند که شاید علت این موضوع را در تعامل بهتر با مسئولین آموزش و پرسش و پاسخ و کاهش اضطراب ها بیان نمود. در این راستا نتایج مطالعات کولرس و همکاران که با هدف مقایسه تاثیر دو روش آموزشی چهره به چهره و ویدئو کلپ در بین مبتلایان به دیابت انجام شده بود نشان داد سطح دانش بیمارانی که بوسیله ویدئو کلپ آموزش دیده بودند بالاتر از بیمارانی بود که از طریق چهره به چهره آموزش دریافت کرده بودند. همچنین نتایج مطالعات کازو و همکاران نیز نشان داد که استفاده از ویدئو در افزایش سطح اطلاعات، فعالیت اجتماعی فیزیکی و کاهش مصرف وعده های غذایی نوجوانان ایالات متحده مفید می باشد در مقابل مطالعه محمد و همکاران که با هدف مقایسه تاثیر این دو روش آموزشی بر تبعیت از رژیم غذایی در بین بیماران پس از سکته قلبی انجام شده بود، نشان داد که آموزش با کمک ویدئو و آموزش چهره به چهره هر دوه یک میزان بر ارتقا تبعیت از رژیم غذایی بیماران موثر می باشند. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می شود جهت یادگیری بیشتری شیوه های آموزشی را ترکیب نمود و از سویی مادران دارای فرزند دیابتی، از استرس و اضطراب بالاتری برخوردارند و لازم است در این زمینه تحقیقاتی صورت گیرد.

منابع و مراجع

- [۱] غفاری، سیوش. (۱۳۹۳). بررسی تجربیات فعالان آموزش سواد رسانه‌ای در ایران؛ مطالعه موردی چهار مرکز در تهران، پایان‌نامه: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه علامه طباطبائی - دانشکده علوم اجتماعی- کارشناسی ارشد
- [2] Abbasi M, Mirzaie A, Mosavi Movahed S, Sheoree A, Norozzadeh R. The effects of education methods on changes of body weight and some of serum indices in hemodialysis patients referred to Qom Kamkar hospital in 2007. *Qom UniMedSci J*2007; 1(3): 47-52. [In Persian]
- [3] American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012. [cited 2013 Aug 23]. Available from: <http://professional.diabetes.org>
- [4] Asadi A, Zarei F, Nasiri A, Moravegi S, Kikhani R, Tehrani H, and et al. *Digital Media & Health*. 1thed. Tehran: Sobhan Publication; 2010. pp:10-15. (Persian)
- [5] Azizi F. [Diabetes care and prevention in Iran]. *Diabetes Voice*. 2005; 50(4): 15-7. (Persian)
- [6] Bastable SB. *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. 3thed. Sudbury MA: Jones and Bartlett, 2008
- [7] Blackburn, D.F. Swidrovich, F. & Lemstra, M. (2013). Non-adherence in type 2 diabetes: pratical consideration for interpreting the literature. *Journal of Patient Preference and Adherence*, 7, 183-189
- [8] Carroll AE, Marrero DG. The role of significant others in adolescent diabetes. *Diabetes Educator*. 2006; 32(2): 243-252
- [9] Casazza K, Ciccazzo M. The method of deliv-ery of nutrition and physical activity infor-mation may play a role in eliciting behavior changes in adolescents. *Eat Behav*.2007; 8(1):73-82
- [10] Cranor WC, Christenson BD. Factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 2000 Mar; 43(2): 160-172.
- [11] Devlin JW, Marquis F, Riker RR, Robbins T, Garpestad E, Fong JJ, et al. Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care*. 2008;12(1):R19.
- [12] Elmore RF, Fiarman SE, Teitel L. *Instructional rounds in education: A network approach to improving teaching and learning*: ERIC; 2009.
- [13] Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004; 22(3): 123-
- [14] Gavam Nasiri MR, Heshmati Nabavi F, Anvari K, Habashi Zadeh A, Moradi M, Negabi Gh, et all. [Theeffect of individual and group self-care eduction on quality of life in patients receiving chemotherapy: arandomized clinical trial]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;11(8):874-84. [Persian]
- [15] Hockenbery M, Wilson D. *Wong's nursing Care of Infant and Children*. 9 nd ed, Canada: Elsevier Mosby; 2011
- [16] Jahani J.2012. Introduction to learning. *Journal of Medical Information and Statistics*. 1,15.
- [17] Johnson J, Mighten A. A comparison of teaching strategies: lecture notes combined with structured group discussion versus lecture only. *JNursEduc*2005; 44(7): 319-323.
- [18] Keulers BJ, Welters CF, Spauwen PH, Houpt P. Can face-to-face patient education be re-placed by computer-based patient education? A randomized trial. *Patient Educ Couns*.2007; 67(1-2):176-82
- [19] Mirlashari J, Rassouli M. [Nursing Care of Infant and Children (2)]. 2nd ed, Tehran: Andishe Rafi Publication; 2010. (Persian)
- [20] Mohammady M, Memari A, Shaban M, Mehran A, Yavari P, Salari Far M. [Comparing Computer-assisted vs. Face to FaceEducation on Dietary Adherence

- among Patients with Myocardial Infarction]. *Journal of Hayat*. 2010; 16(3&4): 77-85. (Persian)
- [21] Momennasab M, Rahimi S, Ayathollahi A, Aeen M. The effect of video-based instruction on student's cognitive learning. *J Med Edu* 2002; 1(3): 129-130
- [22] Moreira, H. Frontini, R. Bullinger, M. and Canavarro, M.C. 2014. Family cohesion and health related quality of life of children with type 1 diabetes: The mediating role of parental adjustment. *Journal of Child and Family Studies*. 23, pp. 347-359
- [23] Mortazavi H, Tabatabaeichehr M. [Handbook of Children Nursing: Healthy Child]. Tehran: Salemi Publications; 2005. (Persian)
- [24] Najafi M. Evaluation of Conner's continuous performance test in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2008; 18(2): 210-214.
- [25] Pishdad GR. [Low incidence of type 1 diabetes in Iran]. *Diabetes Care*. 2005; 28(4): 927-928. (Persian)
- [26] Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of e-learning in medical education. *Acad Med*. 2006; 81(3): 207-12
- [27] Winter WE, Signorino MR. *Diabetes mellitus: pathophysiology, etiologies, complications, management, and laboratory evaluation*, AACC Press, Washington 2002
- [28] Zenlea, I. Mednick, L. Rein, J. Quinn, M. Wolfsdorf, J. and Rhodes, E. 2013. Routine behavioral and mental health screening in young children with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes*. 15(5), pp. 384-388
- [29] Zysberg, L. and Lang, T. 2015. Supporting parents of children with type 1 diabetes mellitus: a literature review. *Dove Press*. 7, pp. 21- 31