

# مقایسه تأثیر دو روش آموزش به روش سخنرانی و پمفلت بر میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر سال آخر دبیرستان شهر سیرجان در مورد بیماری ایدز

سیما کریمی<sup>۱</sup>، مجید کاظمی<sup>۲</sup>، دکتر زیبا شعبانی شهربابکی<sup>۳</sup>، دکتر رضا وزیری نژاد<sup>۴</sup>  
<sup>۱</sup> مربی گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی سیرجان، <sup>۲</sup> مربی گروه پرستاری، <sup>۳</sup> استادیار گروه داخلی، <sup>۴</sup> استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره سوم پاییز ۸۵ صفحات ۲۹۰ - ۲۸۵

## چکیده

**مقدمه:** شیوع بیماری ایدز به نحو بی‌رحمانه‌ای در جهان گسترش پیدا کرده و به یک مشکل اضطراری جهانی تبدیل شده است. افزایش آگاهی به احتمال زیاد می‌تواند بر پیشگیری از این بیماری مؤثر باشد. هدف از این تحقیق مقایسه دو روش آموزش چهره به چهره و پمفلت بر میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر سال آخر دبیرستان‌های شهر سیرجان در مورد بیماری ایدز بود.

**روش کار:** در این مطالعه نیمه تجربی که ۳۰۰ نفر دانش‌آموزان دختر سال آخر دبیرستان‌های شهر سیرجان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای در سال ۱۳۸۳ مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه‌ها آنها را بطور تصادفی به سه گروه تقسیم و میزان آگاهی و نگرش آنها قبل و بعد از مداخله مورد سنجش قرار گرفت که در گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت، در حالی که در یک گروه پمفلت آموزشی و در گروه دیگر آموزش به روش سخنرانی صورت گرفت. سپس میزان آگاهی و نگرش در سه گروه قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمونهای t و فیشر مورد مقایسه قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد که در مقایسه میزان آگاهی و همچنین نگرش گروه کنترل در قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار دیده نشد. میزان آگاهی در دو گروه آموزشی (پمفلت و آموزش به روش سخنرانی) بعد از مداخله افزایش نشان می‌دهد. همچنین میزان نگرش در گروه آموزش به روش سخنرانی بعد از مداخله مثبت تر دیده شده است که این اختلافها معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** از نتایج حاصله می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که برای افزایش آگاهی افراد نسبت به بیماری ایدز از روش آموزش به روش سخنرانی و پمفلت و همچنین جهت ارتقاء نگرش آموزش به روش سخنرانی پیشنهاد می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش - دانش - نگرش - ایدز - سیرجان

نویسنده مسئول:  
مجید کاظمی  
دانشکده پرستاری - دانشگاه  
علوم پزشکی رفسنجان  
رفسنجان - ایران  
تلفن: ۰۹۸ ۲۹۱ ۵۲۲۵۹۰۰  
پست الکترونیکی:  
Maj\_kaz@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۳/۱۲/۱۰ اصلاح نهایی: ۸۵/۳/۲۸ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۴

## مقدمه:

عنوان گردیده است. پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت و اوج اپیدمی در آسیا در سالهای آینده زنگ خطری است که به صدا در آمده و مبارزه جدی را می‌طلبد (۱). جهت پیشگیری و کاهش گسترده ایدز و اثرات جانبی آن، توجه به جوانان ضروری می‌باشد، زیرا در حال حاضر بیش از ۳۰٪ مبتلایان به ایدز را جوانان زیر ۲۵ سال تشکیل می‌دهند (۲). زنگ خطر شیوع عفونت HIV در کشور ما نیز به صدا در آمده و اگر سرعت مقابله و

شیوع بیماری ایدز در طول دو دهه‌ای که از آن می‌گذرد به نحو بی‌رحمانه‌ای در جهان در حال افزایش است و گرچه شدت آن در بعضی مناطق بیشتر بوده اما هیچ کشوری از گزند آن در امان نمانده است. این بیماری در دو دهه اخیر به یک مشکل اضطراری جهانی تبدیل شده است و خطر ایدز به دلیل معضلات بهداشتی - اجتماعی و اقتصادی بخصوص در کشورهای جهان سوم به صورت جدی تری

آمادگی ما کمتر از سرعت انتشار بیماری باشد، بحرانی را پیش رو خواهیم داشت که کنترل آن با هزینه دهها برابر امروزی کاری بس دشوار خواهد بود، لذا باید به اهمیت برنامه های آموزشی پیشگیری واقف باشیم (۱).

قویترین سلاح در مقابل ایدز آموزش افراد است و یکی از علت های انتشار ویروس عدم آگاهی از ویژگی های بیماری و آلودگی می باشد که تشخیص را به تأخیر می اندازد و آگاهی افراد از راه های پیشگیری و انتقال می تواند آلودگی و ابتلا را کاهش دهد یا از آن جلوگیری نماید. در کشور آمریکا دادن آگاهی و بالا بردن سطح دانش مردم در این زمینه، بخصوص در گروه سنی ۳۰-۱۷ سال باعث کاهش آلودگی از ۸۰٪ به ۵۰٪ شده است (۳). مدارس نشان داده اند که به تنهایی می توانند یک نیروی بهداشتی پر قدرت و با نفوذ در همه جای دنیا باشند. مدرسه به عنوان کانون تعلیم و تربیت و مکانی که دسترسی به دانش آموزان در آنجا به راحتی امکان پذیر است، می تواند محل کسب آگاهی و تربیت بهداشتی آنها باشد (۴).

بهرترین راه مقابله با این بیماری پیشگیری است و نه درمان و افزایش آگاهی می تواند بر پیشگیری مؤثر باشد، بطوری که اسچانفلد اظهار می دارد که آموزش در ارتباط با ایدز باید از سنین مدرسه شروع شود و آموزش سنین پایین می تواند باعث تغییرات شناختی و کمک به پیشگیری از ایدز در افراد باشد و همچنین بیان می دارد، همان طور که برای درمان این بیماری نیاز به ارزیابی داروهای جدید می باشد، باید روش های آموزش پیشگیری از ایدز را توسعه و مورد ارزیابی قرار داد (۵).

آموزش می تواند باعث یادگیری در یادگیرنده شود و یادگیری فرایندی است در جهت دستیابی به دانش و مهارت ها و همچنین توانایی افراد را در تصمیم گیری های بهداشتی توسعه داده و در نتیجه موجب تغییر رفتار می گردد (۶). یکی از روش های آموزش، سخنرانی می باشد که شیوه های نسبتاً اقتصادی است. برای بعضی از مردم که عادت به خواندن کتابها و مقالات و همچنین تماشای تلویزیون ندارند، سخنرانی می تواند یک منبع خوب اطلاعات بهداشتی باشد و یکی از روش های

بهرترین راه مقابله با این بیماری پیشگیری است و نه درمان و افزایش آگاهی می تواند بر پیشگیری مؤثر باشد، بطوری که اسچانفلد اظهار می دارد که آموزش در ارتباط با ایدز باید از سنین مدرسه شروع شود و آموزش سنین پایین می تواند باعث تغییرات شناختی و کمک به پیشگیری از ایدز در افراد باشد و همچنین بیان می دارد، همان طور که برای درمان این بیماری نیاز به ارزیابی داروهای جدید می باشد، باید روش های آموزش پیشگیری از ایدز را توسعه و مورد ارزیابی قرار داد (۵).

### روش کار:

در این تحقیق نیمه تجربی که به منظور مقایسه تأثیر دو روش پمفلت و آموزش چهره به چهره بر میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر سال آخر دبیرستانهای شهر سیرجان نسبت به بیماری ایدز در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت، نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی چندمرحله ای، با  $P_2 = 20\%$  و  $P_1 = 40\%$  و خطای ۵٪،  $n = 89$  نفر بدست آمد که برای اطمینان بیشتر برای هر گروه ۱۰۰ نفر انتخاب گردید، انتخاب نمونه ها بدین صورت بود که پس از تهیه لیست دبیرستانها بطور تصادفی ۶ دبیرستان انتخاب و از هر دبیرستان ۵۰ نفر انتخاب شدند که بطور تصادفی نمونه های هر دو مدرسه در یکی از سه گروه قرار داده شد و میزان آگاهی و نگرش آنها قبل از مداخله با استفاده از پرسشنامه تعیین گردید. پرسشنامه مذکور از سه بخش سؤال در ارتباط با اطلاعات دموگرافیک و سؤالات بخش مربوط به آگاهی

نسبت به راههای انتقال و پیشگیری از بیماری و بخش سوم مربوط به نگرش نسبت به بیماری ایدز تشکیل شده بود. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد، بدین صورت که ابزار فوق در اختیار صاحب نظران قرار گرفت تا در مورد تناسب ابزار با اهداف قضاوت کنند. جهت تعیین پایایی پس از تکمیل پرسشنامه توسط ۵۰ نفر از ضریب آلفا کرونباخ به منظور تعیین ثبات درونی استفاده شد که در مورد آگاهی ۰/۷۸ و نگرش ۰/۹۶ بدست آمد. جهت استخراج داده ها با در نظر گرفتن نمرات هر یک از سوالات آگاهی (پاسخ درست=۱ و نادرست = ۰) و سوالات نگرش بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شد. روش جمع‌آوری اطلاعات بدین صورت بود که میزان آگاهی و نگرش هر سه گروه قبل از مداخله با استفاده از پرسشنامه مذکور مورد سنجش قرار گرفت و سپس در گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت. در گروه دوم پمفلت آموزش جامع و یکسان داده شد و در گروه سوم آموزش به صورت کلاسی در دو نوبت ۴۵ دقیقه‌ای و بصورت چهره به چهره توسط فرد ثابت برگزار گردید، سپس سه ماه پس از اتمام مداخله در هر سه گروه میزان آگاهی و نگرش آنها سنجیده شد پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 11.5 و با آزمونهای آماری کای دو و فیشر مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت رتبه‌بندی میزان آگاهی، نمونه‌هایی که بین ۷۵-۵۰ درصد سوالات را و بیشتر از ۷۵ درصد سوالات مربوط به آگاهی را پاسخ صحیح دادند، بترتیب در رتبه آگاهی متوسط و خوب تقسیم گردیدند و نمونه‌هایی که کمتر از ۵۰ درصد سوالات را صحیح پاسخ دادند، در رتبه آگاهی ضعیف قرار گرفتند. در مورد سوالات نگرش (۱۷ سؤال) مجموع امتیازات سوالات محاسبه تا عدد ۵۱ بعنوان نگرش منفی و بالاتر از ۵۱ نگرش مثبت محسوب گردید.

### نتایج:

نتایج حاصله حاکی از این است که بالاترین درصد دانش‌آموزان (۸۳/۴ درصد) آگاهی خود را از تلویزیون و پایین‌ترین درصد (۰/۹ درصد) آگاهی را از معلم و ۴/۷ درصد از طریق کتب دریافت نموده بودند و از بررسی

میزان آگاهی نمونه‌ها قبل از مداخله چنین نتایجی بدست آمد که میزان آگاهی نمونه‌ها نسبت به راههای انتقال ایدز ۳۹/۹ درصد آگاهی ضعیف، ۳۷ درصد آگاهی متوسط و فقط ۲۳/۱ درصد از آگاهی خوب برخوردار بودند. همچنین میزان آگاهی نمونه‌ها در مورد راههای قابل پیشگیری جهت بیماری ایدز قبل از مداخله نشان داد که ۵۸/۷ درصد آگاهی ضعیف، ۳۳/۱ درصد آگاهی متوسط و ۸/۲ درصد آگاهی خوب داشتند. در بررسی نگرش افراد قبل از مداخله نسبت به بیماری مشخص گردید که ۷۹/۲ درصد نمونه‌ها نگرش منفی و ۲۰/۸ درصد نگرش مثبت را نسبت به بیماری داشتند.

در مقایسه میزان آگاهی و نگرش در سه گروه قبل از مداخله مشخص گردید که سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند و در مقایسه میزان آگاهی سه گروه بعد از مداخله گروه کنترل کمترین آگاهی و گروه چهره به چهره بالاترین آگاهی را داشته است ( $P < 0.05$ ).

بر اساس نتایج بدست آمده در میزان آگاهی گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری دیده نشد. در حالی که در گروه پمفلت میزان آگاهی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ( $P < 0.0006$ ) بطوری که میزان آگاهی بعد از مداخله ارتقاء پیدا کرده و در گروه آموزش چهره به چهره بعد از مداخله میزان آگاهی افزایش پیدا کرده بود ( $P < 0.0001$ ) (جدول شماره ۱).

مقایسه میزان آگاهی گروه کنترل با پمفلت و گروه کنترل با آموزش چهره به چهره بعد از مداخله حاکی از اختلاف معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ ) بطوری که میزان آگاهی در گروه پمفلت و چهره به چهره نسبت به گروه کنترل ارتقاء داشته است. اما در مقایسه بین گروه پمفلت و چهره به چهره قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار نبود و بعد از مداخله نیز اختلاف معنی‌داری دیده نشد ولی گروه چهره به چهره از آگاهی بالاتری برخوردار بودند. اما در بررسی تأثیر پمفلت و آموزش چهره به چهره بر نگرش افراد چنین نتایجی بدست آمد که در مقایسه نگرش بین سه گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری دیده نشد اما در مقایسه نگرش بین سه گروه بعد از مداخله اختلاف

در مقایسه نگرش بین گروهها با هم بعد از مداخله مشخص گردید که بین گروه کنترل و پمفلت بعد از مداخله در نگرش اختلاف معنی دار دیده نشد و اما در بین گروه کنترل با چهره به چهره و گروه پمفلت با چهره به چهره تفاوت معنی دار دیده شد ( $P < 0/05$ ) بطوری که گروه چهره به چهره نسبت به دو گروه دیگر بعد از مداخله از نگرش مثبت تری برخوردار شدند.

معنی داری دیده شد ( $P < 0/01$ ). در مقایسه قبل و بعد از مداخله مشخص گردید که در گروه کنترل نگرش قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار نداشته و در گروه پمفلت نیز قبل و بعد از مداخله تغییر نگرش ایجاد نشد و اما در مقایسه نگرش قبل و بعد از مداخله گروه آموزش به صورت چهره به چهره تفاوت معنی دار مشاهده گردید ( $P < 0/001$ ) بطوریکه میزان نگرش نمونه ها بعد از آموزش بطرف مثبت گرایش پیدا کرده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱- مقایسه میزان آگاهی در سه گروه قبل و بعد از آزمون

گروه	کنترل		پمفلت		روش سخنرانی	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
آزمون آگاهی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف (کمتر از ۵۰)	۱۲ (۱۲)	۱۲ (۱۲)	۸ (۸)	۲۶ (۲۶)	۹ (۹)	۲۶ (۲۶)
متوسط (۵۰-۷۵)	۶۱ (۶۱)	۵۹ (۵۹)	۴۴ (۴۴)	۵۳ (۵۳)	۴۳ (۴۳)	۵۳ (۵۳)
خوب (بیشتر از ۷۵)	۲۷ (۲۷)	۲۹ (۲۹)	۴۸ (۴۸)	۲۱ (۲۱)	۴۸ (۴۸)	۲۱ (۲۱)
جمع	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)
نتیجه آزمون	$P = 0/95$		$P = 0/006$		$P = 0/001$	

جدول شماره ۲- مقایسه نگرش در سه گروه قبل و بعد از آزمون

گروه	کنترل		پمفلت		روش سخنرانی	
	قبل از آزمون	بعد از آزمون	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
نگرش آگاهی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
منفی	۸۳ (۸۳)	۸۱ (۸۱)	۶۸ (۶۸)	۷۴ (۷۴)	۵۷ (۵۷)	۷۴ (۷۴)
مثبت	۱۷ (۱۷)	۱۹ (۱۹)	۳۲ (۳۲)	۲۶ (۲۶)	۴۳ (۴۳)	۲۶ (۲۶)
جمع	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)
نتیجه آزمون	$P = 0/85$		$P = 0/75$		$P = 0/01$	

### بحث و نتیجه گیری:

نگرش دانش آموزان در روسیه، نتایج نشان دادند که ویدئو بر افزایش آگاهی و نگرش در مورد پیشگیری از ایدز مؤثر است و این روش را برای نشان دادن حقایق به شنوندگان جوان هنگامی که هدف پایین آوردن هزینه های آموزش نیز باشد، مؤثر دانسته اند (۹).

همچنین در تحقیق دیگری توسط دلامتر تحت عنوان مقایسه دو روش آموزش چهره به چهره با ویدئو انجام داد، نتایج نشان داد که آموزش چهره به چهره بر میزان آگاهی و پیشگیری از ایدز مؤثر بوده است (۱۰) که نتایج

نتایج این تحقیق نشان داد که میزان آگاهی در گروه پمفلت و چهره به چهره نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است و در مقایسه بین دو گروه پمفلت و آموزش چهره به چهره چنین نشان داده که این دو گروه بعد از آموزش اختلاف معنی داری نداشتند ولی گروه آموزش چهره به چهره از آگاهی بیشتری برخوردار بودند. در این زمینه تورابی و همکاران در یک تحقیق نیمه تجربی تحت عنوان تاثیر آموزش به روش ویدئو بر آگاهی و

این تحقیق با تحقیق حاضر مطابقت دارد، در حالی که کینس سمن و همکاران در تحقیقی تحت عنوان تأثیر بحث گروهی در برنامه های آموزشی نسبت به بیماری ایدز چنین نتیجه گیری کردند که گروه مداخله نسبت به کنترل تفاوت نداشت و دلیل آن را کمبود زمان، عدم آگاهی نمونه ها از بحث گروهی ذکر کردند (۱۱).

بررسی تأثیر پمفلت و آموزش چهره به چهره بر نگرش افراد نسبت به ایدز حاکی از این بود که پمفلت بر نگرش تأثیری نداشته در حالی که آموزش چهره به چهره بر نگرش نمونه ها مؤثر بوده است بطوری که بعد از آموزش نگرش افراد به طرف مثبت گرایش داشته است. در تحقیقی که در سال ۲۰۰۲ در چین توسط بوسکین و همکاران بر روی میزان آگاهی و نگرش در مورد ایدز قبل و بعد از کنفرانس مورد ارزیابی قرار گرفت، آگاهی در مورد روشهای انتقال HIV بعد از کنفرانس خوب بوده و ۹۰ درصد از شرکت کنندگان راههای انتقال بیماری را شناسایی کرده بودند و همچنین قبل از سخنرانی ۴۳ درصد نمونه ها هیچگونه تمایلی نسبت به کار کردن و همنشینی با افراد مبتلا به عفونت ایدز را نداشتند که بعد از سخنرانی به ۲۱ درصد رسید (۱۲).

در تحقیقی توسط میچل و همکاران به منظور بررسی تأثیر مقایسه ای چهار رسانه مثل ویدئو، نمایش، پمفلت و آموزش چهره به چهره بر آموزش همگانی در روستاهای اوگاندا انجام پذیرفت، چنین نتیجه گیری کردند که استفاده از رسانه های مختلف برای آموزش همگانی ضروری می باشد تا اینکه هر کدام بتوانند پوششی بر نقص یکدیگر باشند بطوری که افراد دارای سطح سواد پایین بجای پمفلت شانس استفاده از رسانه ای دیگر را داشته باشند (۱۳).

از نتایج حاصله می توان چنین نتیجه گیری کرد که آموزش به روش پمفلت و چهره به چهره بر افزایش میزان آگاهی تأثیر داشته در حالی که بر تغییر نگرش افراد تنها آموزش چهره به چهره تأثیرگذار بوده و پمفلت بر تغییر نگرش تأثیری نداشته است.

#### سیاسگذاری:

بدین وسیله از زحمات مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان که در تأمین هزینه های این تحقیق و همچنین مسئولین محترم آموزش و پرورش سیرجان به لحاظ همکاری در اجرای این طرح تشکر و قدردانی می گردد.

## References

## منابع

- معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، راهنمای اطلاع رسانی در مقابله با ایدز، مرکز مدیریت بیماریها، تابستان ۱۳۸۱.
- سازمان ملل متحد، اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد درباره ایدز، گزارش دبیر کل سازمان ملل متحد. ناشر مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، چاپ اول، ۱۳۸۰.
- عامریان، ح. فریادرس، هم بررسی میزان آگاهی از ایدز و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان ۱۳۷۸.
- Anderson ET, McFarlane J. Community as partner: Theory and practice 4<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Schonfeld DJ. Teaching young children about HIV and AIDS. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(2):375-387.
- Stanhope M, Lancaster J. Community & public health nursing. 6<sup>th</sup> ed. New York: Mosby. 2004.
- Ewles L, Simnett I. Promoting health: A practical guide. 5<sup>th</sup> ed. London, Elsevier. 2003.

8. Herlitz CA, Steel JI. A decade of HIV/AIDS prevention in Sweden: changes in attitudes associated with HIV and sexual risk behavior from 1987 to 1997. *AIDS*. 2000;14(7):881-890.
9. Torabi MR, Crowe JW, Rhine S, Danils DE, Jeng I. Edvaluation of HIV/AIDS education in Russia using a video approach. *J Sch Health*. 2000;70(6):229-233.
10. DeLamater J, Wagstaff DA, Havens KK. The Impact of a culturally appropriate STD/AIDS education intervention on black adolescents, sexual and condom use behavior. *Health Educ Behav*. 2000;27(4):454-470.
11. Kinsman J, Nakiyingi J, Kamali A, Carpenter L, Quingley M, Pool R, et al. Evaluation of a comprehensive school-based AIDS education programme in rural Masaka, Uganda. *Health Educ Res*. 2001;16(1):85-100.
12. Buskin SE, Li L, Yin H, Yu T, McGough JP. HIV/AIDS knowledge and attitudes in Chinese medical professionals and students before and after an informational lecture on HIV/AIDS. *J Public Health Manag Pract*. 2002;8(6):38-43.
13. Mitchell K, Nakamanya S, Kamali A, Withworth JA. Community-based HIV/AIDS education in rural Uganda: which channel is most effective? *Health Edu Res*. 2001;16(4):411-423.

Archive of SID