

کاربرد روش آموزشی یاری کودک به خانواده در پیشگیری از بیماری تب مالت

دکتر حمید اله وردی پور*، سعید بشیریان**

دریافت: ۸۸/۱۰/۹، پذیرش: ۸۹/۲/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: دانش آموزان پتانسیل زیادی در ارتقاء سلامت و افزایش آگاهی خانواده و جامعه از طریق مشارکت در برنامه های آموزش بهداشت دارند. استراتژی آموزش کودک به خانواده یکی از روشهای بکار رفته در روش "یاری کودک به کودک" می باشد که در این مطالعه بکار گرفته شده است. از آنجاییکه میزان شیوع بیماری بروسلوز در استان همدان قابل توجه می باشد این مطالعه با هدف افزایش آگاهی و عملکرد خانواده بمنظور پیشگیری از این بیماری با آموزش دانش آموزان و انتظار انتقال اطلاعات و مهارت فرا گرفته شده به خانواده هایشان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مداخله ای از نوع پیش آزمون - پس آزمون پس از انتخاب مدارس در یک منطقه روستایی استان همدان، کلیه دانش آموزان مدارس که در گروه کنترل ۸۱ نفر و در گروه مداخله نیز ۸۱ نفر بودند به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. در ابتدا آگاهی و عملکرد مادران در رابطه با بیماری تب مالت و نحوه پیشگیری توسط پرسشنامه سنجیده شد و سپس در گروه مداخله پس از بررسی اطلاعات بدست آمده و نیاز سنجی آموزشی اقدام به برگزاری جلسات آموزشی در زمینه راههای انتقال بیماری و روشهای پیشگیری برای دانش آموزان گردید، سپس از آنها خواسته شد که آموزشها را به خانواده هایشان منتقل کنند و نهایتاً بعد از سه ماه از آخرین جلسه آموزشی برگزار شده برای دانش آموزان جهت سنجش تأثیر آموزشهای داده شده در آگاهی و عملکرد مادران آنها اقدام به جمع آوری اطلاعات بعد از مداخله شد. نتایج بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری و توسط آزمون t زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته ها نشان داد که دانش آموزان در افزایش میزان آگاهی و بهبود نحوه عملکرد در پیشگیری از تب مالت والدینشان نقش موثری دارند. میانگین نمره آگاهی مادران در گروه مداخله قبل از مداخله ۱/۸ بود که بعد از مداخله به ۳/۷۹ رسید ($t = ۲۱/۶۴, P < ۰/۰۰۰$) ولی در گروه کنترل بین مقادیر تفاوت معنی داری وجود نداشت. همچنین میانگین نمره آگاهی مادران از علایم بیماری تب مالت در حیوان قبل از مداخله ۱/۴۸ بود که بعد از مداخله به ۲/۸۲ رسید ($t = -۱۰/۶۰, P < ۰/۰۰۰$). این مقادیر در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت.

نتیجه نهایی: روش یاری کودک به خانواده به عنوان یک پتانسیل اثربخش در ارتقاء سطح سلامت خانواده و جامعه و از طریق دانش آموزان نقش قوی در استراتژیهای تغییرات رفتاری سالم و ترغیب خانواده ها بدنبال خواهد داشت.

کلید واژه ها: آموزش بهداشت / آموزش کودک به خانواده / تب مالت / رفتارهای بهداشتی

مقدمه:

آموزش کودک به کودک به عنوان یک فرایند آموزشی دانش فرا گرفته شده توسط کودکان را به سمت کودکان دیگر (کودک به کودک)، خانواده ها (کودک به خانواده) و جامعه (کودک به جامعه) انتشار می دهد (۲).

آموزش بهداشت در هر زمینه ای برای تامین رفتار بهداشتی لازم جهت حفظ و تامین سلامتی به اجرا در

استراتژی ارتباطی "آموزش کودک به کودک" به شکل موثری از سال ۱۹۷۸ بکار گرفته شده است. مفهوم نظری آموزش کودک به کودک برخاسته از مصوبات کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل و مشارکت دادن کودکان برای ارتقا سلامت و توسعه می باشد (۱). مفهوم

* دانشیار گروه بهداشت عمومی و مدیریت دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز (allahverdipourh@tbzmed.ac.ir)

** عضو هیأت علمی گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

راهنمایی های بهداشتی به خانواده ها و جامعه در تحقق اهداف نظام سلامت فعالیت های موثری می توان انجام داد. بروسولوز یک بیماری مهم مشترک بین انسان و دام می باشد (۸). انسان با مصرف محصولات لبنی غیرپاستوریزه، تماس مستقیم با دام آلوده و حتی در مواردی استنشاق هوای اصطبل دامهای آلوده ممکن است دچار بیماری گردد و در این راستا در ایران از آنجاییکه زنان همانند مردان در امور دامداری و کشاورزی فعالیت دارند در زنان هم بیماری، شیوع بالایی دارد (۹). بروز بیماری ناگهانی بوده و گاهی تب وجود دارد، غلایم مشخصه بیماری سردرد، ضعف، بی خوابی، عرق، یبوست و درد ناحیه پشت و دردهای عمومی بدن است (۱۰) و هرچه شیوع بیماری در بین دامها بیشتر باشد انسانهای بیشتری را آلوده نموده و از طریق تحمیل مخارج درمان و از کار انداختن نیرو و توان دامداران و کشاورزان زیانهای فراوانی را به بار می آورد (۱۱).

تعداد مبتلایان به بیماری تب مالت در جهان طبق آمار WHO سالانه ۵۰۰/۰۰۰ نفر است (۱۲) که بیشترین تعداد آن مربوط به منطقه مدیترانه شرقی است و سهم کشور ما از این تعداد ۲۵/۰۰۰ نفر بوده است (۱۲). استان همدان نیز از استانهای هیپراندمیک بیماری بروسولوز می باشد و در این میان شهرستان کبودرآهنگ با تعداد ۳۵۸ مورد در سال ۱۳۸۴ بالاترین میزان بروز و شیوع را در استان دارا بوده و همواره این بیماری به عنوان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی منطقه محسوب می شود (۱۳). طبق بررسیهای نویسنده در شهرستان کبودرآهنگ مهمترین راههای انتقال بیماری به ترتیب از طریق مصرف لبنیات آلوده و سپس تماس مداوم با دام بوده است و همچنین از نظر شغل بیشترین موارد در زنان خانه دار مشاهده شده است. باتوجه به این امر نقش زنان به عنوان عوامل تاثیرگذار در کاهش بیماری مورد توجه قرار گرفته و از آنجا که امروزه تاثیر آموزش بر محدودکردن انتقال بیماریهای واگیر بخشی از استراتژی های پیشگیرانه می باشد و نیز پیشگیری از بیماری تب مالت مستلزم ارتقا رفتارهای پیشگیرانه می باشد، لذا در این مطالعه از روش آموزش کودک به خانواده که یکی از شیوه های موثر در جوامع روستایی است، بعنوان روش ارتباطی مناسب، استفاده گردید تا ضمن انتقال آموزش های داده شده به کودکان در مورد این بیماری به خانواده های آنها خصوصاً

می آید. باید توجه داشت که پرسنل خدمات مختلف بهداشتی مسئولیت بزرگ و پایان ناپذیری در ارائه آموزش بهداشت به گیرندگان خدمات دارند (۳) و در بسیاری از اوقات آموزش بهداشت به خویشاوندان خانواده و گروههای موجود در جامعه ضرورت پیدا می کند. مدارس مراکز اجتماعی بالقوه ای هستند که با مشارکت والدین، انعکاس فعالیت های مدرسه به جامعه می رسد و با تداوم آموزش، دانش آموزان وارد فعالیت های اجتماعی می شوند و در درازمدت دانش آموزان با انتشار اطلاعات بهداشتی که در مدارس دریافت کرده اند، تاثیر مثبتی بر خانواده و جوامعشان خواهند داشت (۴). دانش آموزان والدین فردا هستند، اگر آنها از همین حالا دانش و مهارتهای بهداشتی مناسب را یاد گرفته و تمرین کنند و نگرشهای بهداشتی مهم را توسعه بخشند، می توانند آنها را هم در عمل به کار گرفته و به خانواده و نسل بعدی منتقل کنند (۵). این پتانسیل کودکان در آموزش دیگران با اصطلاح یاری کودک به کودک (child to child) شناخته شده است.

در کشورهای در حال توسعه کودکان بزرگتر بطور معمول بخشی از مسئولیت های مربوط به مراقبت از کودکان کوچکتر را به عهده می گیرند و بر این اساس رویکرد کودک به کودک بر یادگیری فعال و مشارکت آمیز کودکان توجه دارد به نحویکه از آن بصورت وسیله ای در جهت ارتقاء سلامت کودکان کوچکتر استفاده می شود (۶). روش یاری کودک به کودک نه تنها کودک را در قبول نقش موثر در جامعه پرورش می دهد بلکه در کودکان مجموعه ای از آگاهی ها و تواناییها را بوجود می آورد که اعتماد به نفس و احساس مفید بودن را در آنها پرورش می دهد و کودک آماده می شود جنبه های مختلف سلامتی و پیامهای بهداشتی را براساس اهداف از پیش تعیین شده به کودکان دیگر، خانواده و یا جامعه معرفی نماید. آموزش به روش یاری کودک به کودک علاوه بر آموزش کودکان کوچکتر و همسالانی که از نعمت مدرسه رفتن محروم می باشند می تواند به طور بسیار موثر در آموزش والدین یعنی کودک به خانواده (child to family) و جامعه (child to community) کاربرد داشته باشد و در این راستا برنامه ریزی آموزشی باتوجه به مشکلات بهداشتی جامعه و اولویت های بهداشتی در ارتقاء سلامتی نقش اساسی دارد (۷). به عبارت دیگر با بهره گیری از ظرفیت های آموزشی کودکان در انتقال اطلاعات و

مادرانشان میزان تاثیر آموزش بر آگاهی و عملکرد مادران دانش آموزان مورد ارزشیابی قرار گیرد.

روش کار:

این بررسی یک مطالعه مداخله ای و از نوع مطالعات پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل (Nonequivalent control group design) بود که در روستاهای استان همدان که شیوع بالای بیماری بروسلوزیس داشتند به اجرا در آمد. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از: کلیه مادرانی که در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ دارای فرزند دانش آموز در حال تحصیل در مقطع راهنمایی و ساکن روستاهای بخش گل تپه از توابع شهرستان کبودرآهنگ بودند. پس از شناسایی دانش آموزان در حال تحصیل در هر سه مقطع راهنمایی و با توزیع تصادفی دانش آموزان در گروه کنترل (۴۳ دانش آموز دختر و ۳۸ دانش آموز پسر) و در گروه مداخله (۴۲ دانش آموز دختر و ۳۹ دانش آموز پسر) و هماهنگی با مسئولین مدارس مورد نظر به گردآوری اطلاعات (براساس پرسشنامه) از مادران دانش آموزان اقدام گردید. پس از انجام ارزشیابی تشخیصی و تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده اقدام به تهیه محتوای متون آموزشی و طراحی استراتژی ارتباطی براساس روش آموزش یاری کودک به خانواده (Child to Family Health Education) شد. همچنین پس از گذشت ۳ ماه از آخرین جلسه آموزشی اقدام به ارزشیابی نهایی از مادران شد و اطلاعات بدست آمده قبل و بعد از مداخله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات: ابزار گردآوری اطلاعات استفاده از روش مصاحبه و تکمیل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و سوالات آگاهی و عملکرد بود. مشخصات دموگرافیک شامل سوالاتی در مورد سن، میزان تحصیلات، نام روستا، سابقه مردودی، معدل دانش آموزان، جنسیت و پایه تحصیلی دانش آموز بود. پرسشنامه مورد استفاده برای سنجش آگاهی مادران بوسیله ۳۰ سوال اختصاصی که ۴ سوال آن در خصوص علایم بیماری در انسان، ۳ سوال در خصوص علایم بیماری در حیوان، ۱۳ سوال در خصوص راههای انتقال بیماری و ۱۰ سوال در خصوص راههای پیشگیری از بیماری بود ($\alpha:0.82$) و روش پاسخ دهی بصورت سه گزینه ای بلی، خیر و نمی دانم تنظیم گردیده بود. پرسشنامه عملکرد نیز شامل ۵ سوال اختصاصی با مقیاس سه گزینه ای بود که در رابطه با بررسی آگاهی از عملکرد مادران برای پیشگیری تب مالت بود ($\alpha:0.67$).

بعد از تکمیل، کد گذاری و وارد کردن اطلاعات در نرم افزار آماری SPSS این پرسشنامه ها مورد آنالیز قرار گرفتند. برای سنجش اعتبار محتوا از نظرات گروه نخبگان (Expert panel) استفاده گردید که ۸۳ درصد آنان روایی محتوا را مورد تایید قرار دادند. همچنین برای سنجش پایایی و اعتبار ساختاری، آزمون آلفا کرونباخ بکار برده شد.

مداخله آموزشی: روش مداخله آموزشی که بکارگیری روش ارتباطی یاری کودک به خانواده بود در گروه مداخله با روش غیرمستقیم از طریق آموزش دانش آموزان و با هدف انتقال محتوای آموزشی توسط دانش آموزان به خانواده به شرح زیر انجام گردید. برنامه آموزشی طراحی شده برای دانش آموزان شامل جلسات آموزشی بصورت سخنرانی به همراه پرسش و پاسخ (چهار جلسه ۴۵ دقیقه ای در ساعات حضور در مدرسه)، توزیع مواد آموزشی شامل پمفلت، متون آموزشی و همزمان از پوستره های آموزشی در محوطه مدرسه استفاده شد. در یکی از فعالیتها از دانش آموزان خواسته شد که انشایی با موضوع پیشگیری از بیماری تب مالت بنویسند و همچنین برای بیماری تب مالت بصورت دسته جمعی روزنامه دیواری تهیه نمایند که در نهایت ارزیابی ها نشانگر این بود که سطح فراگیری دانش آموزان بسیار مطلوب بوده که پس از اتمام برنامه آموزشی و اطمینان از فراگیری مطلوب دانش آموزان پس از سه ماه اقدام به انجام ارزشیابی نهایی از مادران شد.

یادآور می شود که در گروه کنترل هیچگونه برنامه آموزشی مرتبط با پیشگیری از تب مالت انجام نگردید و صرفاً در مراحل ارزیابی تشخیصی قبل از مداخله آموزشی و در مرحله ارزشیابی تأثیر مداخله آموزشی، همزمان اقدام به تکمیل پرسشنامه های مورد استفاده در هر دو گروه مداخله و کنترل گردید. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری و توسط آزمون آماری t زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

بررسی نتایج همگن بودن مادران و دانش آموزان قبل از انجام مداخله در هر دو گروه مداخله و کنترل نشان داد مادران در هر دو گروه از نظر میانگین سنی و سطح سواد یکسان بوده و دانش آموزان گروههای مداخله و کنترل نیز از نظر توزیع جنسی، مقطع تحصیلی و میزان مردودی تفاوت معنی دار آماری نداشتند. بررسیهای مربوط به اثربخشی برنامه آموزشی یاری کودک به خانواده طبق

جدول ۳ نیز بیانگر میانگین نمره آگاهی مادران از روشهای انتقال بیماری تب مالت در حیوان می باشد. در گروه مداخله میانگین نمره آگاهی مادران ۶/۶۱ (با انحراف معیار ۲/۳۱) بوده که بعد از مداخله به ۱۱/۴۵ (با انحراف معیار ۱/۰۲) رسیده که تفاوت معنی دار آماری را نشان می دهد ($P < 0/000$) ولی در گروه کنترل بین مقادیر تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت.

جدول ۳: میانگین نمره آگاهی مادران از روشهای انتقال بیماری تب مالت در حیوان قبل و پس از مداخله آموزشی

ارزش P	t	آگاهی از روشهای انتقال تب مالت	
		میانگین	انحراف معیار
			مداخله
			قبل از مداخله
۰/۰۰۰	-۱۸/۵۱۱	۶/۶۱۷۳	۲/۳۱۶۱
			پس از مداخله
		۱۱/۴۵۶۸	۱/۰۲۵۳
			کنترل
			قبل از مداخله
۰/۲۳۱	۱/۲۰۷	۸/۷۵۳۱	۲/۶۷۱۸
			پس از مداخله
		۸/۴۶۹۱	۲/۰۹۸۱

بررسی میانگین نمره آگاهی مادران از راههای پیشگیری از بیماری تب مالت نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره آگاهی مادران قبل از مداخله ۵/۲۳ (با انحراف معیار ۱/۵۴) بوده که بعد از مداخله به ۹/۳۲ (با انحراف معیار ۰/۸۷) رسیده است. این تغییر در میانگین نمره آگاهی از پیشگیری قبل و پس از مداخله، تفاوت معنی دار آماری را نشان می دهد ($P < 0/000$). میانگین نمره آگاهی مادران در گروه کنترل هرچند از نظر آماری معنی دار بود ($P = 0/036$) ولی تفاوت قابل ملاحظه ای بین میانگین نمرات قبل و بعد وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۴: میانگین نمره آگاهی مادران از راههای پیشگیری از بیماری تب مالت قبل و پس از مداخله آموزشی

ارزش P	t	آگاهی از راههای پیشگیری از تب مالت	
		میانگین	انحراف معیار
			مداخله
			قبل از مداخله
۰/۰۰۰	-۱۹/۹۳۱	۵/۲۳	۱/۵۴
			پس از مداخله
		۹/۳۲	۰/۸۷
			کنترل
			قبل از مداخله
۰/۰۳۶	۳/۴۲۷	۶/۵۱	۱/۸۸
			پس از مداخله
		۶/۸۷	۱/۵۲

میانگین نمره آگاهی از عملکرد مادران در خصوص پیشگیری از بیماری تب مالت در گروه مداخله قبل از مداخله ۳/۰۴ (با انحراف معیار ۱/۱۸) بوده که بعد از مداخله به

نتایج بدست آمده از مطالعه نشان داد که در گروه مداخله بین میزان آگاهی و عملکرد مادران قبل و پس از مداخله تفاوت معنی دار آماری وجود دارد ولی در گروه کنترل هیچ تفاوت معنی دار آماری بین مقادیر مشاهده نشد.

در جدول ۱ میانگین نمره آگاهی مادران از علایم بیماری تب مالت در انسان قبل و پس از مداخله در دو گروه نشان داده شده است، میانگین نمره آگاهی مادران در گروه مداخله قبل از مداخله ۱/۸ (با انحراف معیار ۰/۷۲) بوده و بعد از مداخله به ۳/۷۹ (با انحراف معیار ۰/۴۳) رسیده است که این تغییر تفاوت معنی دار آماری را نشان می دهد ($P < 0/000$) ولی، در گروه کنترل بین مقادیر تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت.

جدول ۱: میانگین نمره آگاهی مادران از علایم بیماری تب مالت در انسان قبل و پس از مداخله آموزشی

ارزش P	t	آگاهی از علایم تب مالت در انسان	
		میانگین	انحراف معیار
			مداخله
			قبل از مداخله
۰/۰۰۰	-۲۱/۶۴	۱/۸۱	۰/۷۲
			پس از مداخله
		۳/۷۹	۰/۴۳
			کنترل
			قبل از مداخله
۰/۵۶۲	۰/۵۸۳	۲/۴۴	۰/۸۰
			پس از مداخله
		۲/۵۰	۰/۷۷

جدول ۲ بیانگر مقایسه میانگین نمره آگاهی مادران از علایم بیماری تب مالت در حیوان قبل و پس از مداخله در گروههای مداخله و کنترل می باشد. در گروه مداخله میانگین نمره آگاهی قبل از مداخله ۱/۴۸ (با انحراف معیار ۱/۱۴) بوده که بعد از مداخله به ۲/۸۲ (با انحراف معیار ۰/۴۱۳) رسیده است که تفاوت معنی دار آماری ($P < 0/000$) بین مقادیر وجود دارد ولی در گروه کنترل بین مقادیر قبل و بعد تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت.

جدول ۲: میانگین نمره آگاهی مادران از علایم بیماری تب مالت در حیوان قبل و پس از مداخله آموزشی

ارزش P	t	آگاهی از علایم تب مالت در حیوان	
		میانگین	انحراف معیار
			مداخله
			قبل از مداخله
۰/۰۰۰	-۱۰/۶۰	۱/۴۸	۱/۱۴
			پس از مداخله
		۲/۸۲	۰/۴۱
			کنترل
			قبل از مداخله
۰/۴۸۲	-۰/۶۹۹	۲/۱۱	۰/۹۸
			پس از مداخله
		۲/۲۰	۱/۰۰

ولی در گروه کنترل تفاوتها معنی دار نبودند که این امر حاکی از تاثیر آموزش بیماری تب مالت به روش یاری کودک به خانواده بر میزان آگاهی و عملکرد مادران در خصوص بیماری می باشد. اما برخلاف اینکه انتظار می رفت که دانش آموزان دختر نقش بهتری را در انتقال اطلاعات فراگرفته شده در خصوص بیماری تب مالت به مادرانشان را داشته باشند، نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین آگاهی مادران قبل و پس از مداخله باتوجه به جنسیت دانش آموز وجود ندارد. بین میانگین اختلاف نمرات آگاهی و عملکرد مادران در گروه مداخله، قبل و پس از مداخله باتوجه به سابقه مردودی، پایه تحصیلی و معدل دانش آموز و میزان سواد مادران نیز اختلاف معنی داری وجود نداشت. در مطالعه اله وردی پور در سال ۱۳۷۴ تحت عنوان تاثیر آموزش دانش آموزان مقطع راهنمایی بر میزان آگاهی والدین در رابطه با مصرف نمک یددار، گزارش شده است که دانش آموزان نقش تاثیر گذاری بر مصرف نمک ید دار دارند (۷). در مطالعه دیگری در هند نیز تاثیر آموزش دانش آموزان بر ارتقاء رفتارهای بهداشتی والدین آنها به اثبات رسیده است (۱۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همیشه نمی توان دانش آموزان را صرفاً فراگیرنده در نظر گرفت بلکه باتوجه به کمبود نیروی بهداشتی در کشورهای در حال توسعه می توان از آنان در انتقال دانش و مفاهیم بهداشتی به سایر افراد و گروههای جامعه استفاده کرد. این بررسی همچنین یافته های مطالعات خارجی و داخلی صورت گرفته را که شیوه آموزشی یاری کودک به خانواده را شیوه ای موثر در آموزش مسائل بهداشتی دانسته اند تأیید کرده و همانند مطالعاتی است که در ماداگاسکار و جامائیکا در این خصوص انجام شده است (۱۵، ۱۶). مطالعه فرایر (Fryer) در بولیوی و دومورگیه و همکاران نیز بیانگر موفقیت آموزش کودک به کودک است که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۷-۱۹).

نتیجه نهایی:

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که دانش آموزان مقطع راهنمایی می توانند نقش موثری در انتقال دانش و مفاهیم بهداشتی به خانواده هایشان داشته باشند، همچنین شیوه آموزشی یاری کودک به خانواده، می تواند به عنوان یکی از روشهای نوین آموزشی در آموزش اصول و مفاهیم بهداشتی و همچنین بیماریها مورد توجه قرار

۵/۰۱ (با انحراف معیار ۰/۱۱) رسیده که تفاوت معنی دار آماری را قبل و بعد از مداخله نشان می دهد (جدول ۵).

جدول ۵: میانگین نمره آگاهی از عملکرد مادران در خصوص پیشگیری از بیماری تب مالت قبل و پس از مداخله آموزشی

ارزش P	t	آگاهی از عملکرد پیشگیری از تب مالت	
		میانگین	انحراف معیار
		مداخله	
		قبل از مداخله	۳/۰۴
		پس از مداخله	۵/۰۱
		کنترل	
		قبل از مداخله	۳/۶۲
		پس از مداخله	۳/۴۹

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که رابطه معنی دار آماری بین آگاهی و عملکرد مادران قبل و بعد از مداخله با توجه به سابقه مردودی دانش آموزان، معدل، جنسیت و پایه تحصیلی آنان وجود ندارد.

بحث:

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی روش ارتباطی یاری کودک به خانواده در یک محیط روستایی و با تاکید بر یکی از بیماری های شایع در آن منطقه و با هدف ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده ابتلا به بیماری بروسلوزیس انجام گردید. موفقیت برنامه های پیشگیری کننده از بیماری ها مستلزم آگاهی از علت بیماری، شناسایی راههای انتقال آن و شناخت عوامل خطر و گروههای در معرض خطر و تشخیص زودرس بیماریها می باشد و از آنجائیکه اتخاذ رفتار های ارتقاء دهنده سلامت مستلزم بکار گیری برنامه های اثربخش ارتباطات بهداشتی می باشد استراتژی های ارتباطی یاری کودک به کودک یا خانواده با اثربخشی بر روی دانش آموزان و خانواده ها پتانسیل قوی در تقویت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند.

در این بررسی بطور اخص هدف آن بود که تأثیر آموزش دانش آموزان مقطع راهنمایی بر میزان آگاهی و عملکرد مادران آنها در خصوص بیماری تب مالت سنجیده شود که مطالعه صورت گرفته نشان داد در خصوص علایم بیماری تب مالت در انسان و حیوان، راههای انتقال و پیشگیری از بیماری و همچنین عملکرد مادران نسبت به این بیماری در گروه مداخله تفاوتهای معنی دار آماری بین میانگین آگاهی مادران قبل و پس از مداخله وجود دارد

7. Allahverdipour H, Kimyagar M. [Child to family health education program: Relative to iodized salt consumption]. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences 1996;3(1):32-39. (Persian)
8. Park K. Preventive medicine in obstetrics, Paediatrics and geriatrics. In: Park K (ed). Text book of preventive and social medicine. 17th ed. 2002.
9. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. [Epidemiology and control of communicable disease]. Tehran: Samat, 2002. (Persian)
10. Mirhosseini GH. [Principle of epidemiology and prevention of disease]. Mashad: Khorasan, 1993. (Persian)
11. Hatami H. [Comprehensive public health]. Tehran: Derakhshan , 2004. (Persian)
12. Samar G, Nematipour E, Zoghi E. [Brucellosis and characteristics in Iran]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, 1998. (Persian)
13. Hamadan Health Center Province. [Communicable disease and control]. Hamadan: Hamadan University of Medical Sciences ,2004. (Persian).
14. Knight J, Grantham – McGregors , Islamics , Ashley D . A child to child program in rural Jamaica. Child Care Health 1991;17(1): 49-58.
15. Mohapatra SC, Sankar H, Mohapatra P. The program in survival and development of children. Indian J Maternal Child Health Dev 1993; 4(4): 118-21.
16. Mahr J, Wuestefeld M, Ten Haaf J, Krawinkel MB. Nutrition education for illiterate children in southern Madagascar. Public Health Nutr 2005; 8(4): 366-79.
17. Knight J, Grantham – McGregor S , Ismail S , Ashley D . A child to child program in rural Jamaica. Child Care Health Dev 1991;17(1):49-58.
18. Fryer ML. Health education through interactive Radio: A Child-to-child project in Bolivia. Health Educ Behav 1991; 18(1): 65-77.
19. Dumurgier E, Lagardère B, Michon L. Child to child. Hygiene 1987 Sep;6(3):33-7.

گیرد بنابراین می بایست برنامه ریزیهای در مراکز ذیربط در این زمینه صورت گیرد تا بتوان سطح سلامت جامعه را ارتقاء داد. از آنجائیکه شیوه یاری کودک به خانواده تاکنون بصورت محدودی مورد مطالعه قرار گرفته است توصیه می شود که در این زمینه و همچنین در زمینه روشهای جلب مشارکت بیشتر دانش آموزان در آموزش بهداشت تحقیقات مشابهی صورت گیرد تا بتوان از نتایج آن در جهت برنامه ریزیهای بهداشتی در جامعه و نظام سلامت بهره برد و بتوان این روش آموزشی را در سطح گسترده تری در جامعه مورد استفاده قرار داد.

سپاسگزاری :

بدینوسیله از زحمات آقای مجتبی نظری که در جمع آوری اطلاعات و مداخلات آموزشی این طرح همکاری داشته اند تشکر و قدردانی می گردد.

منابع :

1. Alzavabet R, Alsheikh R, Kamal I. Child to child health education as a model of community participation for combating avian influenza in selected slum and rural area. Egypte, Apha 136th annual meeting Oct,25-29, 2008, San Diego, CA.
2. Child to child trust. Early years children promote health: case studies on child to child and early childhood development. London, 2004.
3. Shafiee F, Azargashb E. [Health education]. Tehran: University of Tehran, 1991.(Persian)
4. Tones K, Tilford S. Health Education: Effectiveness, efficiency and equity. 2nd ed. London : Chapman & Hall, 1994.
5. Saeidinegad M, Kavehzadeh F, Pooreslami M, Rafieefar S. [Health promotion in school]. Tehran : Ministry of Health, 2001.
- 6 Karimzadeh K, Hidarnia A. [Child to child: New approach to health education]. Armagan Danesh 2000; 5(17-18):28-35. (Persian)