

یاری کودک به کودک: رویکردی جدید در آموزش بهداشت

کامبیز کریمزاده شیرازی*

دکتر علی رضا حیدرنیا**

چکیده

در یک کارآزمایی آموزشی بهداشت بر اساس برنامه یاری کودک به کودک میزان انتقال دانش توسط کودکان پایه پنجم ابتدایی به کودکان کوچکتر از خود مورد مطالعه قرار گرفت. میزان آگاهی ۶۸ دانش آموز پایه های دوم تا چهارم در قالب یک گروه ۳۸ نفری (آموزش توسط مربی) و پنج گروه شش نفری (آموزش توسط دانش آموزان) قبل و بعد از آموزش مورد سنجش و مقایسه قرار گرفت و نهایتاً اختلاف معنی داری در میزان افزایش آگاهی بین گروهها مشاهده نشد.

کودکان توجه دارد، به نحوی که از آن به صورت وسیله ای در جهت ارتقاء سلامت کودکان کوچکتر استفاده می شود (۲ و ۳).

رویکرد کودک به کودک متکی بر سه فرض اساسی می باشد: نخست اینکه آموزش در سنین ابتدایی زندگی اثربخش تر است، ثانیاً آموزش چه در مدرسه و چه در خانه یا اجتماع باید تا حد امکان فراگیر بوده و به عنوان بخشی از حیات کودک به حساب آیدو ثالثاً کودکان اراده، توانایی و انگیزه لازم برای آموزش به یکدیگر را دارند و می توان مطمئن بود که اینچنین عمل خواهند کرد (۴).

در سال ۱۹۷۸ اولین گردهمایی جهت معرفی و برنامه ریزی رویکرد مذکور در آموزش بهداشت توسط انستیتوی آموزش و بهداشت کودکان لندن برگزار شد. برنامه کودک به کودک در سال جهانی کودک (۱۹۷۹) شروع به فعالیت نموده (۵ و ۶) و از آن هنگام تا سال ۱۹۹۶ تعداد ۶۸ کشور از جمله ایران برنامه مذکور را به کار گرفته اند (۷). نمونه هایی از این گونه مطالعات عبارتند از: مطالعه الهوردی (۱۳۷۴) در خصوص مصرف نمک یددار در

واژه های کلیدی: آموزش بهداشت، کودک به کودک، مدارس ابتدایی

مقدمه

الف - یاری کودک به کودک

تجربه و تحقیق نشان می دهد که کودکان (وبزرگسالان) زمانی که فعالانه در جریان یادگیری قرار می گیرند، بهتر و مؤثرتر می آموزند (۱). در کشورهای در حال توسعه کودکان بزرگتر به طور معمول بخشی از مسئولیتهای مربوط به مراقبت از کودکان کوچکتر را برعهده می گیرند و بر این اساس «رویکرد کودک به کودک»*** بر یادگیری فعال و مشارکت آمیز

* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مربی آموزش بهداشت، آموزشکده بهداشت
** عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

***Child- to - child Approach

کنترل مشکلات دهان و دندان مبادرت به بالا بردن «نسبت دندانپزشک به جمعیت» نمودند، توفیقی را به دست نیاورده و مشکلات مذکور را با عدم آگاهی و فقدان آموزش بهداشت دهان و دندان در جامعه و غفلت بیماران در این زمینه مرتبط دانستند (۱۵).

هروویترز بیان می دارد که آموزش بهداشت دهان و دندان در کودکان تا کنون نتوانسته است از شیوع پوسیدگی دندان جلوگیری نماید (۱۶)؛ چرا که روند حاکم بر آموزش بهداشت در گذشته به علت آمرانه بودن و ایجاد جدایی میان ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات، نامناسب بوده است. امروزه رویکردهای جدید آموزش بهداشت ضمن ترد روشهای آمرانه سنتی در آموزش، بر یادگیری از طریق مشارکت فعالانه فراگیران در تمام مراحل فعالیت‌های بهداشتی تأکید دارند و یاری کودک به کودک که شامل یاری کودک به خانواده و یاری کودک به جامعه نیز می شود، نه تنها کودک را در قبول نقش مؤثر در جامعه پرورش می دهد، بلکه در کودکان مجموعه‌ای از آگاهیها و تواناییها را بوجود می آورد که اعتماد به نفس و احساس مفید بودن را در آنها پرورش می دهد.

اکنون با توجه به کمبود مطالعات انجام شده در این زمینه و در کشور ما می توان یکی از اهداف مطالعه حاضر را تأکید گذاری بیشتر بر آموزش کودکان خردسال توسط کودکان بزرگتر از خود دانست و در همین راستا این پژوهش تلاشی برای تأمین پاسخ به این سؤال مطرح در برنامه‌های یاری کودک به کودک است که آیا مربیان خردسال قادر به انتقال اطلاعات به فراگیران کوچکتر از خود در حدی برابر و قابل مقایسه با مربیان بزرگسال خواهند بود؟ و دیگر اینکه آیا متغیرهای زمینه‌ای بر این روند مؤثر خواهند بود؟

تهران (۸) و مطالعات انجام شده در جورجیا برای کنترل فشارخون والدین (۹)، در تانزانیا برای آموزش تهیه و مصرف سرم درمانی خوراکی، در هندوستان برای افزایش پوشش واکسیناسیون و در اوگاندا برای بهبود تغذیه، ایمن سازی و آب آشامیدنی (۱۰)، با این وجود متأسفانه این برنامه هنوز برای بسیاری از تأمین کنندگان خدمات بهداشتی ناشناخته است. از آنجایی که بسیاری از بیماریهای افراد بزرگسال ریشه رفتاری داشته، رفتارهای مذکور نیز از اوایل کودکی و به مرور اتخاذ شده‌اند (۱۱)؛ لذا دو هدف آموزشی مؤثر در پیشگیری از چنین بیماریهایی عبارت خواهند بود از: ۱) آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی به شکل مؤثر و متناسب با گروه سنی مذکور و ۲) جایگزین کردن الگوهای صحیح به جای الگوهای غلط رفتاری جهت کودکان خردسال. به نظر می رسد با اتخاذ رویکرد یاری کودک به کودک به هر دو مقصود فوق نایل خواهیم شد.

ب - آموزش بهداشت دهان و دندان

پوسیدگی دندان رایجترین و شایعترین بیماری بشراست که بیش از ۹۹ درصد افراد بشر بدان مبتلایند (۱۲). پس از مطرح شدن شعار دندانهای سالم برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی* در سال ۱۹۸۴ فدراسیون بین المللی دندانپزشکی اهدافی را بر مبنای زمان فوق برای خود تعیین کرد؛ از جمله اینکه ۸۵ درصد مردم بایستی در سن ۱۸ سالگی تمام دندانهایشان را داشته باشند (۱۳). طبق گزارش بسیاری از کشورهای صنعتی، طی ده سال گذشته آنها موفق به کاهش ۳۰ تا ۴۰ درصد از میزان پوسیدگی دندان خود شدند (۱۴). اما ساده لوحانه خواهد بود که این پیشرفتها را صرفاً مرتبط با تأمین امکانات درمانی و فن آوری گزاف دندانپزشکی در کشورهای غنی بدانیم؛ کما اینکه کشورهای پیشرفته‌ای مانند سوئد که با هدف

* Healthy mouths for all by the year 2000

مواد و روشها

در یک کارآزمایی آموزشی بهداشت، کل دانش آموزان پسر در پایه‌های دوم تا چهارم ابتدایی یکی از مدارس شهر یاسوج، مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا در مرحله تشخیص آموزشی، با ملاحظه پوسیدگی دندان در بین ۹۳/۸ درصد (۷۶ نفر) از دانش آموزان پایه دوم تا پنجم، محتوای بهداشت دهان و دندان جهت آموزش انتخاب شد که نتیجه آموزش اولیه نیز مؤید کمبود اطلاعات دانش آموزان در زمینه مذکور بود، لذا در تنظیم محتوای آموزشی، موضوعات مرتبط با ساختمان، انواع و عملکرد دندانها، پوسیدگیهای دندانی و روشهای حفظ سلامت دهان و دندان مطرح گردید. جهت نمونه گیری ابتدا دانش آموزان در پایه های ۲، ۳ و ۴ لیست شده و بعد به طریق تصادفی ساده تعداد ۵ گروه شش نفری و یک گروه ۳۸ نفری انتخاب شد و بدین ترتیب کل دانش آموزان مذکور در مطالعه شرکت کردند. جهت گرد آوری داده‌ها ابتدا کل دانش آموزان کلاس پنجم ابتدایی توسط مربی آموزش دیدند و نهایتاً پنج نفر از آنان که مشارکت بیشتری در یادگیری خود داشتند و از لحاظ جثه بدنی نیز تا حدی بزرگتر بودند، انتخاب شده و تحت آموزش تکمیلی تا سطح مهارت با استفاده از روشهای آموزشی سخنرانی به کمک وسایل کمک آموزشی همچون مولاژ و پوستر، خودآموزی (دریافت پمفلت) و پرسش و پاسخ قرار گرفتند. آنگاه در مرحله مداخله آموزشی پنج گروه اول توسط پنج نفر دانش آموز کلاس پنجم و گروه ۳۸ نفری نیز همزمان توسط مربی بهداشت مدارس تحت آموزش قرار گرفتند. آموزشها به روش سخنرانی با کمک مولاژ و پوستر انجام شد و مدت آموزش بنا بر نیاز مربیان جهت پوشش دادن به کل اهداف آموزشی آزاد در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است هیچ یک از مربیان از انجام مقایسه بعدی

اطلاع نداشتند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه ۱۲ سؤالی سنجش آگاهی با مجموع ۱۵ نمره بود که دانش آموزان قبل و بعد از آموزش بدان پاسخ دادند. بعلاوه اطلاعات مربوط به متغیرهای زمینه‌ای همچون معدل کتبی محصل، شغل پدر، سواد مادر و بعد خانوار نیز گرد آمد. جهت مقایسه نمرات قبل و بعد، از آزمونهای پارامتریک تجزیه تحلیل واریانس و همبستگی پیرسون و آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده گردیده است.

یافته ها

در توصیف بعضی از ویژگیهای مرتبط با کودکان تحت مطالعه باید گفت که بعد خانوار برای ۸۳/۸ درصد از آنان بالاتر از ۵ و برای ۲۸ درصد از کودکان بالاتر از ۹ بود. همچنین ۳۷/۴ درصد از کودکان دارای مادران بی سواد بودند و میزان سواد در ۴۷/۸ درصد از مادران نیز در حد ابتدایی بود. بعلاوه هیچیک از مادران تحصیلات بالاتر از دیپلم نداشتند. از لحاظ شغل پدر نیز کارگران ۳۸/۲ درصد، کارمندان ۴۴ درصد و پدرانی با مشاغل آزاد ۱۳/۲ درصد را تشکیل می دادند. ضمناً گروههای آموزشی از نظر متغیرهای بعد خانوار، سواد مادر، شغل پدر و معدل کتبی محصل که می توانستند بر نتایج آموزشی مطالعه تأثیر داشته باشند، یکسان بوده و اختلاف معنی دار آماری نداشتند.

در جدول ۱ میزان آگاهی گروههای آموزشی که تحت آموزش توسط مربی (گروه ۱) و دانش آموز (گروه ۲) قرار گرفته اند، قبل و بعد از آموزش نشان داده شده است.

چنانکه ملاحظه می شود قبل از آموزش و نیز پس از آن اختلاف معنی دار آماری بین میزان آگاهی دانش آموزان در دو گروه آموزشی

راهگشا خواهد بود.

با توجه به اینکه شغل پدر، سواد مادر و بعد خانوار جزء شاخصهای تعیین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی خانواده است؛ نتایج حاکی از آن است که افراد نمونه از این نظر در سطح پایینی قرار دارند و می توان گفت نتیجه کاربرد رویکرد مذکور در این دسته کودکان متعلق به طبقه نسبتاً پایین اجتماعی، موفقیت آمیز بوده است.

همانطور که از نتایج برمی آید، دانش آموزان مقاطع تحصیلی بالاتر بهتر از دانش آموزان مقاطع پایین از آموزشها سود جستند (جدول ۲). با توجه به یکسان بودن محتوای آموزشی مورد استفاده در این مطالعه برای کلیه پایه های دوم تا چهارم، پیشنهاد می شود که برای برطرف ساختن اینگونه مشکلات مرتبط با درک و کسب دانش در کودکان، محتوا و مواد آموزشی کودک به کودک متناسب با هر پایه تحصیلی تعدیل گردند. ضمناً ارتباط مستقیم معدل درسی در افزایش آگاهی فراگیران پس از طی دوره آموزشی منطقی می باشد؛ چرا که مجموعه عوامل محیطی و وراثتی که بر یادگیری فراگیر تأثیر می گذارند تا حد زیادی معدل نمرات او را نیز تعیین می کنند. تأثیر معدل در نتایج مطالعه اله وردی (۱۳۷۴) بدین صورت بود که دانش آموزان دارای معدل ۱۷ و بالاتر توفیق بیشتری در انتقال پیام به خانواده خود داشته و پیشرفت بیشتری را در ارتقاء عملکرد خانواده خود باعث شدند (۱۹). نهایتاً آنجایی که شیوه یاری کودک به کودک تا کنون به صورت محدودی در کشورمان مورد مطالعه قرار گرفته است، توصیه می شود کارایی آن در حل مشکلات بهداشتی دانش آموزان، خانواده ها و جامعه، مورد ارزیابی قرار گیرد و در این بین جهت رسیدن به بهترین تصمیمات و نتایج، انجام بررسیهای بیشتر در مورد متغیرهای مختلف که در ارتباط با انتخاب

دیده نمی شود (به ترتیب $P=0/55$ و $P=0/22$). هر چند پس از آموزش، میزان افزایش آگاهی در دانش آموزان گروه ۲ بیش از گروه ۱ است؛ اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی باشد ($P=0/054$).

در جدول ۲ ملاحظه می شود که میزان آگاهی دانش آموزان قبل از آموزش و میزان افزایش آن پس از آموزش با پایه تحصیلی آنان ارتباط داشته است ($P=0/000004$ و $P=0/000015$).

همچنین ارتباط مستقیم معنی داری بین معدل درسی دانش آموزان (فراگیران) با افزایش آگاهی آنان پس از آموزش ملاحظه شد ($P=0/024$ و $R=0/28$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر بر توانایی کودکان در آموزش کودکان کوچکتر از خود از یک سو و یادگیری از کودکان بزرگتر از خود از سوی دیگر تأکید داشته و نشان می دهد که کودکان بزرگتر ضمن پذیرفته شدن به عنوان راهنما از سوی کوچکترها توانستند لاف در سطحی برابر با یک بزرگسال حرفه ای، در انتقال دانش و آگاهی موفق شوند؛ نتایج مطالعه Bansal (۱۹۹۵) و مطالعه Knight و همکاران (۱۹۹۱) نیز از یافته فوق حمایت می کنند (۱۷ و ۱۸). اینگونه نتایج تأییدی بر وجود علائق و تواناییهایی در کودکان است که شاید به طور جدی در بخش بهداشت مورد توجه نبوده اند. توجه به این ویژگیها خصوصاً در کشورهای رو به رشد که با کمبود پرسنل بهداشتی روبرو هستند، می تواند در کاستن از بار آموزش بهداشت توسط دولتها به کودکان و حتی شاید به خانواده ها و جامعه مؤثر باشد و در این راستا انجام مطالعاتی با هدف شناخت و بهبود روشهای جلب مشارکت کودکان در برنامه های بهداشتی

کودکان یاری دهنده، محتوا و مواد آموزشی کودک به کودک، اهداف و حیطه‌های یادگیری، روش‌های متنوع آموزشی و ارزشیابی مطرح می‌باشند، مؤثر خواهند بود.

تشکر و تقدیر

از سرکارخانم افسانه احمدی و دیگر همکاران و اعضای هیأت علمی که در این تحقیق ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

References

- ۱- ویلیامز، ت و همکاران. غذا، بهداشت و محیط. ترجمه بیژن خاکپور، تبریز، فص، ۱۳۷۳، ۱۷-۷۲.
- 2- Fryer Ml. Health education through interactive radio: a child-to-child project in Bolivia. Health Education Quarterly 1991; 18(1): 65-77.
- 3- Nougara A. Public health and health education in Burkina-Faso (Child-to-child Program). Bull Soc Pathol Exot 1991; 84(5): 806-10.
- 4- Hawes H. Child- to- child another path to learning, UNESCO Hamburg: Institute for Education 1988; p.3.
- 5- Hawes H. Child- to- child another path to learning. UNESCO Hamburg: Institute for Education 1988; p.ix.
- 6- Young B. The Child- to- child approach: Health scouts. Education and health, Kelly P.J and Lewis J.L, Vol. 5, Oxford: Pergamon Press, 1987; p. 155.
- 7- Child- to- child trust, Review of activities. London Institute of Education, United Kingdom 1996.
- ۸- اله وردی پور، ج. بررسی تأثیر آموزش دانش آموزان راهنمایی منطقه ۹ تهران بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد خانواده آنها در زمینه مصرف نمک یسردار. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۴.
- ۹- تونز، ک و همکاران. آموزش بهداشت. ترجمه فرشته فرزین پور، تهران، بشری، ۱۳۷۱.
- 10- UNICEF. Area source book for facts for life, Communicating child health knowledge, all for health. New York: UNICEF, u.s.a 1990.
- ۱۱- مهارتهای زندگی، آموزش مداوم در پزشکی. سال سوم (شماره نهم)، ۱۳۷۲، ۶۲.
- ۱۲- روستا، م. دانستنیهای دندانپزشکی. تهران، جهاد دانشگاهی، ۱۹.
- 13- Murray J. The prevention of dental disease. Second edition, Oxford: Oxford University Press 1989.
- ۱۴- شیهم، ا. ادغام مراقبتهای دندانی با مراقبتهای بهداشت عمومی. ترجمه دکتر محمد رضا غفوری، مجله بهداشت جهان، سال چهارم، ۱۳۶۸، ۹.
- ۱۵- فارست، جی، او. دندانپزشکی پیشگیری. ترجمه دکتر خسرو ثابتی و دکتر همایون یزدانی، تهران، انتشارات کلمه، ۱۳۶۸، ۹.
- 16- Horowitz AM, et al. Effects of supervised daily dental plaque removal by children after 3 years. Commun Dent Oral Epidemiology 1980;(8): 171-6.
- 17- Bansal R. Interns as health educators. Vol. 16, World Health Forum, 1995; p.164-6.
- 18- Kinghtj et al. A child - to- child program in rural Jamaica. Child Care Health Dev 1991; 17(1): 49-58.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات اکتسابی دانش آموزان ، قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی به تفکیک گروههای آموزشی

شاخصهای آگاهی	آزمون قبل		آزمون بعد		تغییرات		فراوانی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروههای آموزشی							تعداد
آموزش توسط مربی (گروه ۱)	۴/۱۳	۱/۵۸	۷/۰۹	۳/۵	۲/۹۶	۲/۸	۳۸
آموزش توسط دانش آموز (گروه ۲)	۳/۸۷	۲	۸/۲	۳/۹	۴/۳۳	۳/۱	۳۰
کل	۴	۱/۸	۷/۵۸	۳/۷	۳/۵۸	۲/۹۶	۶۸

$$F=۳/۷$$

$$F=۱/۵۳$$

$$F=۰/۳۳$$

$$P=۰/۰۵۴$$

$$P=۰/۲۲$$

$$P=۰/۵۵$$

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات اکتسابی دانش آموزان ، قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی به تفکیک پایه تحصیلی

آگاهی	آزمون قبل		آزمون بعد		تغییرات		فراوانی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پایه تحصیلی							تعداد
کلاس دوم	۲/۸۲	۰/۹۶	۵/۲۶	۳/۱	۲/۴۴	۳/۲	۳۱
کلاس سوم	۴/۶۸	۱/۵۳	۷/۸۲	۲/۶	۳/۱۳	۱/۸	۱۹
کلاس چهارم	۵/۳۶	۱/۸۲	۱۱/۳۳	۲/۱	۵/۹۷	۲/۱	۱۸
کل	۴	۱/۸	۷/۵۸	۳/۷	۳/۵۸	۲/۹۶	۶۸

$$H=۱۷/۶۵$$

$$H=۲۸/۲۶$$

$$H=۲۱/۹$$

$$P=۰/۰۰۰۰۱۵$$

$$P=۰/۰۰۰۰۰۰۱$$

$$P=۰/۰۰۰۰۰۰۴$$

Child to child : A New Approach to Health Education

Karimzadeh - Shirazi K. M.S. , Haydarnia A. Ph.D.***

Abstract

A health education trial by child -to- child method in a primary school was performed in two groups. (one educated by teacher another by students) and the results were compared. It was observed that there was a significant statistical difference between the two groups ($P>0.05$).

Key words: Health education, Child-to-child, Primary school.

* M.S. in Health Education, School of Public Health, Yasuj University of Medical Sciences

** Associate Professor, Tarbiat Modares University of Medical Sciences