

فعالية برنامج لإكساب الحاضنات بعض العادات السلوكية وأثره على الثقافة الصحية لطفل دور الحضانة

إعداد

د أسماء سيد جمعة إبراهيم

مدرس بقسم العلوم التربوية

بكلية التربية للطفولة المبكرة _ جامعة بني سويف

المستخلص

هدف البحث الحالي إلى التعرف على فعالية برنامج لإكساب حاضنات الأطفال بعض المفاهيم والعادات السلوكية والصحية، كذلك التعرف على مدى تأثر الأطفال المخالطين للحاضنات بثقافتهن الصحية التي تكوّنت لديهن بعد البرنامج، تمثّلت العينة في عشر (١٠) حاضنات من دور حضانة تابعة لقطاع الشؤون الاجتماعية وزارة التضامن الاجتماعي بمدينة بني سويف؛ (٥) ضابطة و(٥) تجريبية، وعينة من الأطفال عددها (٦٠)، (٣٠) ضابطة، و(٣٠) تجريبية، متوسط أعمارهم ثلاث سنوات وخمسة أشهر، استمرّ التدريب فترة (١٨) يوماً، بمعدّل يوميين أسبوعياً لمدة (٩) أسابيع، بمتوسط ساعتين يومياً. طُبّق مقياس عبارة عن بطاقة ملاحظة للحاضنات وأخرى للأطفال، استخدم عدد من الأساليب الإحصائية؛ مثل حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، ومعامل ألفا كرو نباخ، وأسلوب تكرار القياسات. وانتهت النتائج إلى فاعلية برنامج البحث؛ كذلك تأثر الأطفال بثقافة حاضنات المجموعة التجريبية وسلوكياتهن الصحية بعد البرنامج.

الكلمات المفتاحية

برنامج حاضنات - السلوكيات الصحية - الثقافة الصحية - دور الحضانة.

The effectiveness of a program to provide incubators with some behavioral habits and its effect on the healthy culture of a nursery child

Preparation

Dr. Asmaa Sayed Gomaa Ibrahim

Abstract:

The aim of the current research is to identify the effectiveness of a program to provide child incubators with some behavioral and health concepts and habits, as well as to identify the extent to which children who are in contact with women incubators are affected by their health culture that was formed after the program.

The sample was represented in (10) incubators from the Ministry of Social Solidarity Social Council in Beni-Suef city: (5) women, (5) experimental, and a sample of children (60), (30) women, and (30) women, average age of three years and five months, training continued for a period of (18) days, at an average rate Two days a week for a period of (9) weeks Amid two hours a day.

A scale was implemented, which is a note card for incubators and another for children, using a number of statistical methods, such as calculating averages and standard deviations, the Alpha Cronbach coefficient, and the method of repeating measurements. The results concluded with the

effectiveness of the research program; children were also affected by the culture of the experimental group and their health behaviors after the program.

key words:

Incubators Program – Healthy Behaviors – Healthy Culture – Nurseries.

مقدمة البحث

لا شك أن الاهتمام بطفل دور الحضانة أصبح فائقاً؛ في ظلّ الزيادة المطردة في أعداد تلك الدور، التي تعد أحد مؤشرات إقبال الأسر على إرسال أبنائها لتلك المؤسسات.

فإلى جانب مهمّتها في الرعاية النهارية للطفل تعويضاً عن غياب الأسرة خلال فترة العمل، أصبح للبعض منها توجُّهاً تعليمياً؛ بل قد أصبح الأخير هدفاً رئيساً لأغلب تلك الدور في الآونة الأخيرة. فهي مصدرًا لإكساب الطفل الكثير من المفاهيم والعادات والسلوكيات، التي تؤثر في تنشئة الطفل بتلك الفترة العمرية الحساسة من حياته لاسيما لتعدد الخبرات والأشخاص الذين يحاكيهم الطفل طوال فترة استضافته بالحضانة.

لذلك كان من الضروري إعداد المحيطين بالطفل إعداداً مهنيًا يتناسب وتلك الأدوار المسندة لهم من خلال مهامهم بدور الحضانة، ومن تلك الأدوار دورهم في نقل الثقافة الصحية السليمة للطفل؛ ففي الآونة الأخيرة اهتمت الكثير من الدول بعمل نشرات تؤكد فيها على أهمية نشر الثقافة الصحية للعاملين مع الطفل، كأحد المتطلبات الأساسية للثقافة المهنية، جاء ذلك في مشروع المملكة الأردنية؛ وهو إعداد دليل للمعلم لكل صف من الصفوف الستة الأولى يتضمّن المفاهيم والمهارات والخبرات الصحية اللازمة للطفل بما يتناسب ومستواه العمري (عبد السلام، ٢٠١٦).

ولا يقل دور الحاضنات أهمية عن دور المعلمّات في إكساب الطفل الثقافة الصحية؛ فحاضنات الأطفال من أكثر الفئات احتكاكاً بطفل المرحلة، ويمثّل وجودهنّ في حياة طفل الحضانة أمرًا بالغ الأهمية والخطورة؛ فهي أحد مكونات بيئة التعلم الأساسية، وهي أحد العوامل البشرية والفعّالة بحياة طفل الحضانة، وهذا الدور المؤثّر قد اكتسبته من طبيعة المهام التي تقوم بها نحو الطفل خلال فترة الرعاية بدار الحضانة لحين قدوم الأمّ أو الأب لتسلم طفلهم.

ومن هنا أصبح انتقاء الحاضنات أمرًا ضروريًا لأبّد من الاهتمام به؛ فبطبيعة الحال سيتأثّر الطفل بشكل مباشر أو غير مباشر بسلوك الحاضنة، إلى الحدّ الذي قد يتغيّر معه سلوك الطفل نفسه، فالطفل بطبيعته يميل إلى التقليد

والمحاكاة وتكرار ممارسة العادات والسلوكيات التي يراها وترديد المفاهيم التي يسمعها.

وللتقافة الصحية أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع؛ ذلك أن الطفل السليم هو مواطن أكثر كفاءة في حياته وفي خدمة مجتمعه، والمجتمع السليم أقدر على تحقيق آماله وطموحاته ومواجهة مشكلاته وتحدياتها، وهذا ما تدعمه نتائج دراسة عبد العالي (٢٠١٣) والتي هدفت إلى دراسة واقع تطبيق التربية الصحية في الأوساط المدرسية بدولة الجزائر، والتي أشارت نتائجها إلى أهمية إدراجها وأثرها على الثقافة الصحية للأطفال والعاملين.

لذلك فإن تدريب الحاضنات على بعض السلوكيات والعادات الصحية أمرٌ ضروريٌّ في ظلّ هذا الدور المنوط بهنّ تجاه طفل الحضانة. فلم يعد إكساب المفاهيم في الحضانة قاصراً على المعلّمة فقط؛ فطبيعة المرحلة تختلف عن مرحلة رياض الأطفال التي تزيد فيها دور المعلّمتين ويتقلّص فيها دور الحاضنات أو ربما يقتصر دورهنّ على نظافة المكان فقط، في الوقت الذي تنقسم فيه المهام مع المعلّمة في دور الحضانة ليصبح تدخلها في عادات الطفل وسلوكياته أمراً لا يمكن تجاهله؛ لذلك سعت الدراسة الحالية إلى توفير برنامج لهنّ لإكسابهنّ بعضاً من هذه العادات والسلوكيات الصحية.

مشكلة البحث

مما سبق يعد جهل حاضنة الطفل ببعض المفاهيم والسلوكيات الصحية، له أشدُّ الأثر المباشر على الطفل؛ فهو متطلب أساسي يفرضه عليها طبيعة دورها الذي تقوم به تجاهه.

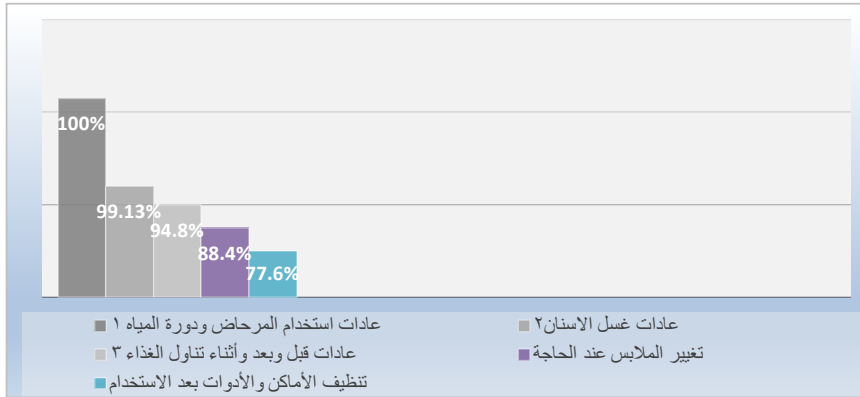
كان ذلك دافعا لعمل استطلاع رأي على عينة قوامها (٢٣٢) أما وأبا ممن لديهم أطفال بحضانة (كيدزورلد، منتسوري، المعز)، التابعة لوزارة التضامن الاجتماعي قطاع الشؤون الاجتماعية؛ باستخدام أسلوب التقيصي المباشر بإجراء المقابلة الشخصية، بمدينة بني سويف حول مدى اهتمام الحاضنات ببعض العادات والسلوكيات الصحية، وكانت النتائج كالتالي:

■ ١٠٠% يُقرّون أن أغلب الحاضنات لا يستخدمن العادات السليمة مع الطفل

عند دخول دورة المياه.

- ٩٩.١٣% لديهم شكاوى حول إهمال الحاضنات غسل أسنان الطفل.
- ٩٤.٨% يؤكّدون على عدم اهتمام الحاضنة بتوجيه الطفل نحو السلوكيات الصحية الغذائية السليمة.
- ٨٨.٤% لديهم عدم رضى عن حالة ملابس أطفالهم عند استلامهم من الحاضنة رغم وجود ملابس بديلة متروكة للطفل داخل الحضانة.
- ٧٧.٦% عانى أطفالهم من حالات مرضية نتيجة عدم وعي الحاضنة ببعض السلوكيات الصحية.
- ١٠٠% يرون أن إكساب الطفل المفاهيم والعادات السلوكية الصحية، أحد الأدوار الأساسية لحاضنات الأطفال في المقام الأول؛ بحيث يكتسب الطفل ثقافة صحية سليمة من خلال الممارسات الصحية السليمة مع الحاضنة، ثم يطبقها في المنزل مع أسرته.

تُشير النسب السابقة إلى وجود مشكلة في بعض السلوكيات والعادات الصحية التي تتبعها الحاضنات مع الأطفال، كذلك الدور المهم للحاضنات في إكساب الأطفال الثقافة الصحية، ويشير الرسم البياني التالي إلى ترتيب المفاهيم والعادات السلوكية الصحية الموصى إكسابها للحاضنات.



شكل (١ - ٤)

ترتيب المفاهيم والعادات السلوكية الصحية التي يجب إكسابها للحاضنات تبعاً للاستطلاع

بذلك يتضح أن أكثر ثلاث عادات سلوكية صحية إهمالاً من قبل الحاضنات في مجتمع البحث هي:

١. عادات استخدام المرحاض ودورة المياه.
٢. عادات غسل الأسنان والعناية بالفم.
٣. عادات تناول الغذاء.

هنا يتضح ضرورة إكساب تلك الحاضنات الثقافة الصحية اللازمة للتعامل مع أطفال الحضانة، ومن ثم تبلورت مشكلة البحث في الحاجة إلى برنامج لإكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية، وقياس أثره على الثقافة الصحية لطفل دور الحضانة.

سؤال البحث

يتمثل سؤال البحث الرئيس في: ما فاعلية برنامج لإكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية، وأثره على الثقافة الصحية لطفل دور الحضانة؟ ويتفرع منه الأسئلة الآتية:

١. ما مكونات برنامج لإكساب الحاضنات بعض العادات والسلوكيات الصحية؟
٢. ما فاعلية برنامج لإكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية الصحية؟
٣. ما أثر إكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية على الثقافة الصحية لطفل دور الحضانة؟
٤. ما فاعلية استمرار البرنامج في إكساب الحاضنات بعض العادات والسلوكيات الصحية؟
٥. ما تأثير استمرار الثقافة الصحية للأطفال مع استمرار مخالطتهم بالحاضنات؟

أهداف البحث

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. توفير برنامج لإكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية الصحية.
٢. قياس فاعلية برنامج لإكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية

الصحية.

٣. قياس أثر اكتساب الحاضنات لبعض المفاهيم والعادات السلوكية على الثقافة الصحية لطفل دور الحضانة.
٤. التعرف على استمرارية فعالية البرنامج في إكساب الحاضنات بعض العادات والسلوكيات الصحية.
٥. التعرف على استمرارية تأثير الثقافة الصحية للأطفال بالحاضنات مع استمرار مخالطتهم لهن.

أهمية البحث

تتمثل أهمية البحث الحالي فيما يلي:

١. الأهمية النظرية:

- أ- يُضيف البحث تحليلاً لأهم نتائج الدراسات السابقة التي تُعزز إكساب المفاهيم والعادات السلوكية الصحية للمحيطين بالطفل وأثرها على الطفل.
- ب- يوفر إطاراً مرجعياً للأبحاث الأخرى التي تهتمُّ بذات الموضوع في مجال الطفولة.

٢. الأهمية التطبيقية:

- أ- تُسهم نتائج البحث في دعم الاتجاه نحو تدريب حاضنات الأطفال قبل التعامل مع الطفل بشكل مباشر.
- ب- يُقدِّم البحث بعض الإحصاءات التي تُعدُّ مؤشراً مهماً لقياس مشكلة الوعي الثقافي الصحي لدى الطفل ومدى ارتباطها بالمحيطين وخاصة الحاضنات.
- ت- يُقدِّم البحث تدريباً يُمكن الاستعانة به في مؤسسات دور الحضانة لإكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية الصحية.

حدود البحث

١. **الحدود الموضوعية:** تتعدّد الموضوعات التي تتناول المفاهيم والعادات السلوكية الصحية التي يجب إكسابها لحاضنات الأطفال؛ ولكن اقتصر البحث على ثلاثة موضوعات فقط وهي:

أ- عادات استخدام المراض ودورة المياه.

ب- عادات غسل الأسنان والعناية بالفم.

ت- عادات تناول الغذاء.

٢. **الحدود البشرية:** اقتصر البحث على مجتمع مدينة بني سويف، واقتصرت العينة على الحاضنات بدور الحضانة وأطفال دور الحضانة بمتوسط أعمار ثلاث سنوات ونصف.

٣. **الحدود المكانية:** محافظة بني سويف مدينة بني سويف حضانة كيدزورلد.

٤. **الحدود الزمانية:** استمرّ التدريب للحاضنات فترة ١٨ يوماً بمعدّل يومي أسبوعياً؛ الاثنين والثلاثاء، لمدة ٩ أسابيع، ساعتان يومياً، في الفترة من ٢٠١٦/٧/٤م إلى ٢٠١٦/٨/٣٠م، وتمت المتابعة والملاحظة على الأطفال وتكرار القياسات استمرت حتى ٢٠١٦/١٢/٣٠م، بالفصل الدراسي الأول.

٥. **الحدود الأخلاقية:** تمّ الالتزام بالآتي طوال فترة البحث:

أ- لقب حاضنات الأطفال كمسمّى بديل لكلمة دادة أو عاملة.

ب- المرونة الفكرية مع الحاضنات أثناء التدريب وإكساب المفاهيم.

ت- الهدوء مع الابتسامة أثناء متابعة التطبيقات من قبل العاملات على مكتسبات التدريب.

ث- احترام أسرار الحاضنات والمكان الذي يعملن به.

اصطلاحات البحث

١ - **فعالية (Effectiveness):**

التعريف الاصطلاحي: " مدى قوة نشاط يُحقّق غرضه المقصود أو وظيفته، وتحقيق النتيجة الإيجابية المطلوبة في ضوء معايير محدّدة "(سليمان، ٢٠٠٧).

التعريف الإجرائي: فُدرّة البرنامج لحاضنات الأطفال في إكسابهم بعض المفاهيم والعادات السلوكيّة الصحيّة

٢ - البرنامج (Program):

التعريف الاصطلاحي: عرّفه زهران (٢٠٠٥) على أنه "مجموعة من الإجراءات المنظّمة التي تتضمّن خدمة مخطّطة، تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حلّ المشكلات التي يقابلها في حياته أو التوافق معها".

التعريف الإجرائي: مجموعة من الخُطوات والمهارات المخطّطة والمنظّمة في ضوء أُسس علميّة وتربويّة لإكساب حاضنات الأطفال بعض المفاهيم والعادات السلوكيّة الصحيّة.

٣ - الحاضنات (incubators):

التعريف الاصطلاحي: حاضنة [مفرد]: جمعه حاضنات وحواضِنُ: امرأةٌ تقوم على تربية الصّغير ورعايته. (أحمد، ٢٠٠٨)

التعريف الإجرائي: سيدة يتم تعيينها بدور الحضانة لتقوم على رعاية الطفل وحاجاته الخاصة فترة مكوثه بالدور، وهي ما يطلق عليها باللّغة الدارجة (العاملة/الدادة).

٤ - العادات (Habits):

التعريف الاصطلاحي: "ما اعتاد الإنسان عليه؛ أي يعود إليه مرارًا وتكرارًا" (زين، ١٩٩٩).

التعريف الإجرائي: السلوكيّات الصحيّة التي يجب إكسابها للحاضنات حتى يقومنّ بممارستها بشكل سليم مع طفل دور الحضانة، والمتناولة بالبحث وهي (استخدام المراض، العناية بالفم والأسنان، الغذاء)

أ- عادات استخدام المراض: وتعرف بالبحث إجرائيًا على أنها العادات الصحيّة المصاحبة للدخول والخروج من الحمام والنظافة الشخصية الداخليّة والخارجيّة للجسد والملابس ومكان قضاء الحاجة، وأدوات النظافة المصاحبة لها، وطرق معالجة الفضلات الناتجة عنها.

ب- **عادات العناية بالفم والأسنان:** وتعرف إجرائياً بالبحث على أنها العادات الصحية لرعاية الفم والأسنان قبل وبعد تناول المأكولات، ووقت الحاجة لها، وأسلوب تفريش الأسنان والمضمضة للفم، والأدوات الخاصة بها، وطرق حفظها، وطرق معالجة الفضلات الناتجة عنها.

ت- **عادات الغذاء:** وتعرف إجرائياً بالبحث على أنها العادات الصحية المصاحبة لتناول الطعام والشراب، والتحضير لهما، ونوع الطعام ونظافته، والأدوات المصاحبة له، وطرق معالجة الفضلات الناتجة عنه.

٥ - الأثر (effect):

التعريف الاصطلاحي: الأثر؛ بمعنى بقية الشيء، والأثر - أيضاً - بمعنى العلامة، وهو نتيجة تأثير معين. (Cambridge dictionary, 2016, para1)
التعريف الإجرائي: ما تبقى من أثر التعلم لدى الأطفال المخالطين للحاضنات واستطاعوا تطبيقه بالفعل في حياتهم سواء بدور الحضانة أو بالمنزل.

٦ - الثقافة الصحية (healthy cultural):

التعريف الاصطلاحي للثقافة: ما يتعلّق بالعادات والتقاليد والمعتقدات في المجتمع.
التعريف الاصطلاحي لصحي: ما يتبيّن منه أنك قوي وبصحة جيّدة.
(Cambridge dictionary, 2016, para1, lin2).

التعريف الإجرائي للثقافة الصحية: ما يمارسه الطفل من عادات وسلوكيات في حياته؛ مثل: (غسل اليدين بعد استخدام المرحاض، وتنظيف الأسنان بعد الأكل، وعادات الغذاء) يتبيّن منها أنه قوي وبصحة جيّدة.

٧ - دور الحضانة: (nursery school):

المعنى الاصطلاحي: مدرسة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين حوالي سنتين وخمسة. (Cambridge dictionary, 2016, para2).

المعنى الإجرائي: الدور التابعة لوزارة التضامن الاجتماعي، والتي أقامها أفراد لاستضافة الأطفال من عمر عينة البحث في فترة عمل أسرهم أثناء النهار.

الإطار النظري

تعد دور الحضانة من المؤسسات التي تؤدّي دورًا حيويًا في حياة كل أسرة؛ فإن لها دور رئيس في فهم الثقافة الصحيّة للمجتمع، وكيف تتأثر هذه الثقافة بالقوى الاجتماعيّة؛ مثل التغيّرات الاجتماعيّة وغيرها... يساعد في تغيير العلاقة بين المجتمع والقائمين على الخدمة؛ بحيث يقوم الناس بدور أكثر فاعليّة في تخطيط وتصميم برنامج للرعاية الصحيّة، وهذا بلا شكّ يعمل على التقارب بين المجتمع والقائمين بالخدمة الصحيّة حول المشكلات والحاجات الصحيّة والحلول المناسبة (محمد الصيرفي، ٢٠١٦).

لذا يعرض البحث محورين أساسيين: المحور الأول ويتناول دور الحضانة، وتأثيرها في تنشئة الطفل وعلاقتها بمفهوم الثقافة الصحيّة وأثر ذلك على طفل المرحلة. أما المحور الثاني الثقافة الصحيّة، فيتناول ماهية الصحّة والثقافة الصحيّة وأهدافها.

المحور الأول دور الحضانة:**أولاً: ماهيّة دور الحضانة:**

عرّفها حمزة (٢٠١٦) بأنها: "ذلك الدور الذي قامت به لتعويض الطفل عما يُلاقيه من أوجه النقص والحرمان والقصور والإهمال، وتقوم رسالة دور الحضانة على توفير عاملين أساسيين، هما: هيئة البيئة الصالحة، وتوفير الهيئة المشرفة من المتخصّصات المتفرّعات لتربية الأطفال؛ فالمعروف أن البيئة الصالحة المستوفية للحياة الصحيّة والغنية بالحوافز ومثيرات النشاط تُساعد الطفل - بإرشادات المشرفات عليه والعارفات بسلوكيّته - على أن ينمو، وتتفتح طاقته، وتتطوّر قدراته".

فكثير من الأطفال يذهبون إلى دور الحضانة في عمر ما قبل الخامسة ليس فقط لتلقّي الرعاية؛ ولكن - أيضاً - ليقضوا يوماً ممتعاً بين أنشطة اللّعب والكتابة وقراءة القصة واللّعب داخل وخارج الفصل وغيرها من ألعاب الإصبع وألعاب البناء وتلوين الصفحات، حتى إن الأطفال قد يجدون أن الوقت مرّ سريعاً. (Cathy, 2005,p1, Kathy, 2013 ;Sharon, Sarah, 2016)

إلا أن كاثي (Kathy) زادت على ذلك أهمية مشاركة الآباء في أنشطة الأطفال، "وكيف أن ذلك يصنع ألفةً بين الطفل ودور الحضانة، كما يساعد على النهوض بذلك الدور" (مرجع سابق).

ثانياً: أهداف وفلسفة دور الحضانة:

يتلخّص الهدف من تلك الدور في: توفير مكان ملائم يُعوّض الطفل عن الفترة التي يقضيها بعيداً عن أسرته لأي سبب؛ لذا تتبلور فلسفة دار الحضانة حول أنها ليس فقط امتداداً لحياة الطفل في المنزل؛ بل هي - أيضاً - تحسين لها وإضافة إليها؛ فهي تُحقّق للطفل الكثير من حاجاته التي يمكن أن تحقّقها له أسرته وأيضاً - التي لا يمكنها تحقيقها، كذلك تعمل دار الحضانة على تصحيح الكثير من الأخطاء التي يقع فيها الوالدان لسبب أو لآخر، وفضلاً عن ذلك فهي تعوّض الطفل عمّا يُحرم منه بالضرورة بطبيعيةً حياته في البيئة المنزلية. (حمزة، ٢٠١٥)

فقد أكّدت دراسة Johan (2012) التي قامت على عيّنة من مؤسسات الرعاية بدولة السويد أنه عند المقارنة بين الخدمات التي تقدّمها تلك المؤسسات بالخدمات التي تقدمها بعض الأمهات لأطفالهنّ، وُجد أن الخدمات التي تُقدّمها مؤسسات الرعاية فاقت الخدمات التي تُقدّمها الأمهات لأطفالهنّ الملتحقين بتلك المؤسسات، في مدى جودتها حتى أنها وصلت إلى الاحتراف؛ ذلك لأنها تعتمد فكر المشاركة بالرأي مع أسر الأطفال.

ويتفق مع هذا الرأي السيد (٢٠١٣)؛ حيث أشار إلى الدور الفاعل لدار الحضانة في عملية التنشئة الاجتماعية بشكل عام.. ودور الثقافة ومؤهلات العاملين بها بشكل خاص؛ فهي التي تكسبها هذا القدر من الأهمية في حياة الطفل.

ثالثاً: دور العاملين بدور الحضانة تجاه طفل المرحلة:

لاقت دور الحضانة تطوّراً وتغيّراً؛ "فمنذ وقت قريب - في التسعينيات - لم يكن هناك مجرد فكرة أو توجّه لوجود معلّم متخصص لهذه المرحلة، أو ما يُسمّى معلّم الرُّضع، ففي الوقت الذي كان هناك إقبالاً كبيراً على دور الحضانة، كانت لا تتوافر معلومات عن تلك الوظيفة أو حتى أي تدريب فعلي عليها، وكان من السهل الحصول على معلّّات لهذه المرحلة لعدم توافر متطلّبات وظيفيةً محدّدة، وفي الوقت

نفسه كن يحاولن إنجاز ما أسموه في ذلك الوقت - بالمهمة المستحيلة في تعليم أولئك الأطفال والحصول على نتائج مرضية وجيدة. (Dorothy, Joan, 2014,p11)

ومع ازدياد أعباء الحياة، وخروج الأم إلى العمل، أصبح إيجاد مكان مناسب لترك الطفل فترة العمل مطلبًا ملحًا، ومع ذلك أصبح هذا المطلب في حد ذاته يُمثّل عائقًا؛ فقد أصبح اختيار المكان الذي يشمل المربيّات والمعلّمات والمديرات والحاضنات ذوات المستوى والتمكّن مصدرًا للقلق الحقيقي لكل أم خاصة مع تزايد عدد الأطفال، وهذا ما توصّلت إليه دراسة كريم (٢٠١٢) وعنوانها: (المعوقات والالتزامات الأسريّة التي تُواجه المرأة في عملها)، والتي قامت على عيّنة من الأمهات أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، وقد كشفت نتائجها عن كثير من المعوقات، كان من أهمّها قلق الأمهات من ترك الأطفال في المنزل لحالهم مع ضعف أداء دور الحضانة تجاه تربية الأطفال والاهتمام بهم حسبما أشارت الدراسة. يتكوّن فريق العمل بالحضانة من مدير/مديرة والمعلّمات والمشرفات والعاملات وحاضنات الأطفال (الدّادة /العاملة). هذا الفريق الذي يقوم مؤسس دار الحضانة باختيارهم بعناية؛ ليُحقّق الهدف منها.

وبينما تتكاثل على المعلّمة أعباء تعليم الطفل وتربيته وتصحيح عاداته. يُصبح للحاضنة دورٌ مكمّل لإرساء هذه العادات والسلوكيّات خاصّةً الصحيّة منها؛ ممّا يتطلّب التأكّد من إعدادها إعدادًا جيّدًا لأجل تلك المهمّة؛ فطبيعة عملها هي التي حدّدت لها هذه القوّة من التأثير في حياة الطفل وثقافته والمفاهيم التي يكتسبها.

رابعاً: تأثير التدريب على حاضنات الأطفال في دور الحضانة:

حاضنات الأطفال (الدّادات /العاملات) كما يُطلق عليهم في مجتمع البحث، من الفئات المهمّشة في كثير من الأبحاث رغم تأثيرهم المباشر على الطفل، ذلك التأثير الناجم عن طبيعة مهمتهم تجاه الطفل خلال وقته داخل الحضانة، وهي بالتالي طبيعة حساسة؛ فهي الشخص الذي يتعامل مع جسد الطفل بصورة مباشرة، وهي نفس الشخص الذي يتقاسم الوقت بينه وبين المعلّمة مع طفل الحضانة.

فإن التدريب بدور الحضانة "يدفع العاملين بها إلى إيجاد الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع الطفل، كذلك التمكّن من التعلّم وإدارة تلك الدور، والقدرة على تحقيق مستويات الجودة، كما أن نتائج التدريب تظهر بشكل مباشر على المتعلّمين - وهم الأطفال - وغالبًا ما تُحقّق نتائج يمكن وصفها بأنها مخرجات ناجحة" (Eirini,2014).

لذلك كان حتمًا على الحضانة أن تُوفّر التدريب المستمرّ من خلال إعداد برامج للتنقيف الصحي للحاضنات اللائي يعملنّ بها؛ فقد أثبتت دراسة الصديق (٢٠١٣) أثر برامج التنقيف الصحي على المعلومات والسلوكيات الصحية على عينة من الناشئين الصمّ والبكم عددهم (٤٥)، وقد أسفرت نتائجها عن فاعلية برنامج التنقيف الصحي ودوره البالغ في تحسين المعلومات الصحية والسلوك الصحي للعينة، فهذا تدريب أثبت فاعليته بمدى تأثيره على فئة من الصمّ والبكم، فما بال تأثير التدريب على حاضنات الأطفال بدور الحضانة؟

المحور الثاني الثقافة الصحية:

قبل تناول هذا المفهوم لأبّد أولًا من التعرّف على ماهية الصحة.

أولاً: مفهوم الصحة:

عرّفت منظمة الصحة العالمية مفهوم الصحة (١٩٨٥) على أنها حالة السلامة الجسميّة والعقليّة والاجتماعيّة الكاملة، إلا أن هذا التعريف تعرّض للنقد؛ حيث اعتبروه يعبر عن حالة أكثر من مثالية؛ حيث لا يمكن تطبيقها فعليًا، وفي عام (١٩٨٧) عرض (نوك) تعريفًا للصحة أكثر إعمالًا؛ فقال: "إنها حالة من الاتزان الحيوي بأي نظام فرعي معيّن الذي يحقّق التواصل سواء على مستوى الفرد أو الجماعة، بهذا التعريف أصبح للصحة بُعدين: الأول وهو تحقيق التوازن، والثاني وهو قوة هذا التوازن بين الفرد والبيئة على مستوى الفرد والمجتمع في كلتا الحالتين" (Gary, 2005).

ومما سبق يمكن القول أن مفهوم الصحة يعني أن يُحقّق الفرد حالة من التوازن على كافة المستويات الجسديّة والنفسية والاجتماعيّة التي تُعينه على القيام بأنشطة الحياة من حوله.

وبينما ركز باحثون على أبعاد مفهوم الصحة، كان آخرون يبحثون في جودة الحياة المتعلقة بالصحة، والتي من خلالها يتعايش الفرد مع بعض من العادات والسلوكيات التي تضمن له حياة صحية ناجحة، ومن هنا أصبح البحث عن مفهوم الثقافة الصحية، واستراتيجيات الحصول على الجرعة الكافية من التنقيف الصحي، مطلباً مهماً خاصةً إذا تعلّق الأمر بنشر تلك الثقافة بين الأطفال في عمر مبكّر.

ثانياً: مفهوم الثقافة الصحية:

تُعرّفها منظمة الصحة العالمية على أنها: "مزيج من تجارب التعلّم المصمّمة لمساعدة الأفراد والمجتمعات على تحسين صحتهم، من خلال زيادة معرفتهم أو التأثير على مواقفهم (World Health Organization, 2016, para3) كما تُعرّف - أيضاً - بأنها: "تحديد الحالة الصحية من خلال العادات والسلوكيات التي تُؤثّر على مستويات متعدّدة في حياة الفرد؛ كالمستوى الشخصي والتنظيمي / المؤسسي، والبيئي، والسياسي. (Gamm L, Castillo G, Williams L., 2010; David, Albert, 2010).

أما Manoj (2012) فعرفها بأنها: "التطبيق المنتظم للأساليب والتقنيات، للتأثير إيجابياً على الصحة، من خلال تغيير السوابق في السلوك؛ (الوعي، المعلومات، المعارف، المهارات، المعتقدات، الاتجاهات، والقيم". وهنا يأتي دور البرامج في تعزيز مفهوم الثقافة الصحية لدى فئات مختلفة بمجتمع الطفل، فقد أشارت دراسة نجوى، عبير (٢٠١٣) - التي هدفت إلى قياس أثر برنامج قائم على الفنون الأدائية لتنمية الثقافة الصحية لطفل الروضة - في نتائجها إلى تأثر الثقافة الصحية لدى الطفل بأنشطة البرنامج. ما أكّده - أيضاً - دراسة مشيرة (٢٠١٤)، التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج قائم على أنشطة الفنون البصرية لتنمية مفاهيم الوعي الصحي لطفل الروضة، وتوصّلت إلى نفس نتائج الدراسة سابقتها. وبذلك يتأكد أهمية تنمية ذلك المفهوم لدى المعلمة والطفل.

ثالثا: أهمية الثقافة الصحية للطفل:

يعي الكبار تمامًا أهمية أن يكونوا على قدر مناسب من الثقافة الصحية، ومثلما هي مهمة بالنسبة للكبار، أيضًا تمثل للصغار عنصرًا بالغ الأهمية؛ ذلك لأنها تُعنى أولًا وأخيرًا بأسلوب حياة متبّع دائم ومستمرّ منذ الطفولة وحتى الكبر؛ "فالثقافة الصحية هي عملية تعلّم مخطّط لها، وتمّ تصميمها في الأساس لتُمكّن الفرد من اتخاذ قرارات وإجراءات مسئولة نحو صحّته وسلامته." (Robert, James, 2016,) (p1254)،

وعليه تتلخص أهميتها للطفل من وجهة نظر كلّ من (An official New Hampshire government, 2012,par5; Christine, 2016) في النقاط التالية:

١. " تبني معرفة الطفل الإيجابية نحو العادات والسلوكيات الصحية.
 ٢. تُحفّز الطفل نحو تحسين الصّحة البدنيّة والعقليّة والعاطفيّة والاجتماعيّة والمحافظة عليها.
 ٣. تدعم الطفل بمعلومات عن طرق الوقاية من الأمراض ومنعها.
 ٤. تساعد في الحدّ من ممارسة الأطفال للسلوكيات التي تُمثّل خطرًا على صحتهم.
 ٥. تساعد في تعلّم الطفل مهارات اختيار السلوك الصحي المناسب للمواقف المختلفة في حياتهم.
 ٦. تُؤدّي المناهج التي تحتوي جرعة فعّالة من الثقافة الصحية إلى تغييرات إيجابية في عادات وسلوكيات الطفل الحيويّة في حياته.
 ٧. تجعل الطفل فردًا إيجابيًا ناصحًا لغيره للبعد عن الكثير من المضار الصحيّة؛ مثل: الكحول والتبغ وغيرها من المخدّرات".
- فالطفل الذي يتمتّع بثقافة صحيّة هو مصدر لراحة أسرته والمحيطين به.

رابعاً: إكساب الأطفال الثقافة الصحية:

تتّجه أغلب مدن العالم الآن إلى توفير برنامجا للتنقيف الصحي الشامل، كجزء من المنهج، في كافة مراحل التعليم؛ لاسيّما أن سنوات الطفولة بطبيعتها هي أوقات حساسة نظرًا لتعرّض الطفل للعديد من المشكلات الصحيّة؛ مما يدعو إلى

ضرورة تبني سلوك صحي مؤثر في حياة الطفل.

فقد يتعرّض الطفل لمجموعة متنوّعة من الموضوعات الصحيّة في المدرسة؛ مثل: التغذية، والوقاية من الأمراض، والنمو البدني، والتكاثر، والصحة العقلية، والوقاية من تعاطي المخدرات والكحوليات، وصحة المستهلك، والسلامة (عبور الشوارع، وركوب الدراجات، والإسعافات الأولية). لا يقتصر الهدف منها على زيادة المعرفة الصحيّة للطفل وخلق مواقف إيجابية تجاه سلامته ولكن - أيضًا - لتعزيز السلوك الصحي. (American Academy of Pediatrics,2009, para9)

ومع أهميّة التوجّه نحو فكرة تعزيز محتوى المنهج المقدم للطفل للثقافة الصحيّة وموضوعاتها، إلا أن هناك عوامل أخرى قويّة في تشكيل مواقف الطفل تجاه سلامته، والقصد هنا هو ما إذا كانت الجوانب الأخرى لليوم داخل دور الحضانة، تعزز ما يتعلّمه الطفل أم لا؛ على سبيل المثال: هل تُعدّ دور الحضانة وجبات، تتطابق مع ما تعلّمه الطفل في موضوع الغذاء الجيد، الذي تعلّمه خلال ممارسة الأنشطة؟ هل يتفهّم العاملون حول الطفل - من معلّّات وحاضنات - مدى أهميّة تطبيق أبعاد الثقافة الصحيّة أمامه لكي يتعزز لديه اكتسابها؟

وفي واقع الاستطلاع بالبحث الحالي تبين أن: (ثقافة استخدام المرحاض، ثقافة العناية بالفم والأسنان، ثقافة الغذاء)، من أهمّ الموضوعات التي يجب تناولها مع الطفل بشكل مبكّر وسيتمّ تناولها تفصيلاً فيما يلي:

١. ثقافة استخدام المرحاض (Healthy Care of Using Toilet):

تُعدّ ثقافة استخدام المرحاض من أهمّ العناصر التي تحتويها الثقافة الصحيّة؛ لاسيّما أن الجميع يستخدم المرحاض بمعدّلات طبيعيّة يوميّاً، ليست المشكلة في معدّلات استخدام المرحاض - إلا إذا كانت مؤشراً للحالة الصحيّة لدى البعض - ولكن المشكلة هنا هي كيفية استخدام المرحاض؟ والحفاظ عليه لكي لا يُمثّل استخدامه تهديداً أو خطراً على حياة الطفل الصحيّة.

ففي دراسة Vernon, Lundblad, Hellstrom (2003) والتي هدفت إلى بحث الأسباب التي تجعل الأطفال عازفين عن استخدام المرحاض وتكرار شكاوهم منه، والتي أجريت على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم من 9-11 في إنجلترا

والسويد، كشفت نتائجها عن: أن المراهيض لم تنل رضا الأطفال بسبب رائحتها الكريهة وقذارتها، وقالوا - أيضاً إنها مخيفة، وتمارس فيها أعمال البلطجة، حتى إن نسبة الأطفال العازفين عن استخدامها بلغت ٦٢% من الأولاد و ٣٥% من الفتيات. فهؤلاء الأطفال في تلك السن استطاعوا التعبير عن رأيهم في مراهيض مدارسهم، فما بال الأطفال في عمر دور الحضانة أو ما قبل رياض الأطفال؟ فمنهم من يستطع اتخاذ نفس الموقف، ومنهم من ستدع مثل هذه المواقف خبرات سيئة عن الثقافة الصحيّة لاستخدام المرحاض؛ ذلك لأن البيئة من حوله لم تستخدم تلك الثقافة، ولم تكن نموذجاً ناجحاً في تطبيقها.

وهذا يؤكد احتياج الأطفال تحت سنّ خمس سنوات، ليس فقط إلى التعزيز لفهم ثقافة المرحاض؛ ولكن - إلى الجانب الآخر من الثقافة الصحيّة - وهو تنمية المهارة والتدريب عليها، وهناك مهارات عديدة يمكن تعليمها وإكسابها للطفل، ومن أهمّها - في هذه المرحلة - السيطرة على عمليّة الإخراج لحين الجلوس على المكان المخصّص. وهنا يرى Gamm, Castillo, Williams (2010) أن يبدأ التدريب على استخدام المرحاض مع الأطفال من عمر ٢-٣ سنوات، حتى يتمّ السيطرة الكاملة على عمليّة الإخراج بداية من عمر ٤ سنوات.

٢. ثقافة العناية بالفم والأسنان (Oral Health) :

تُعدُّ مشكلات أسنان الأطفال نتاجاً لعدم الوعي بمدى أهميّة ثقافة العناية بالفم والأسنان للطفل والمحيطين به، فهي واحدة من أهمّ مشكلات الأسنان بالطفولة؛ ففي دراسة منظمة الصحة العامة بإنجلترا (PHE) تحت عنوان نحو صحة فمّ أفضل، والتي هدفت إلى دراسة مجموعة من الأدوات قائمة على بعض الأدلّة الوقائيّة لصحة الفم والأسنان لدى أطفال المدرسة الابتدائيّة، أن حوالي ١٢% من الأطفال في سنّ الثالثة، و ٢٨% من الأطفال في سنّ الخامسة يعانون من تسوس الأسنان؛ فالمرض قد يُؤثّر بشكل خطير على نوعيّة حياة الأطفال؛ علاوةً على ذلك فإن الإصابة بالمرض في سنّ مبكرة يضع هؤلاء الأطفال في خطر أكبر للإصابة بالتسوس. الذي يُعرضهم لعمليّات خلع الأسنان، والتي على إثرها يتعرّض ٢٥% من الأطفال للتخدير وهم في أعمار صغيرة لا تتجاوز الخامسة إلى التاسعة.

(Public Health England, 2014, para2)

لذلك كان واجباً على مؤسسات دور الحضانة أن تتبع خُطاً في تعزيز ثقافة العناية بالفم والأسنان، فقد أكدت دراسة Gill, Chestnutt, Channing (2009) في نتائجها على تأثر خطط تعزيز الصحة بمواقف مدير المدارس، وكيف أن تعزيز المدارس لاستهلاك الأطفال للفاكهة والحليب والمياه والمنتجات الصحية بدلاً من المشروبات الغازية والحلويات له أشد الأثر على تحسين السلوك الصحي لديهم. ويُستنتج من ذلك أنه من المؤكد أن يكون لدور الحضانة دور كبير في تعزيز ثقافة صحة الفم والأسنان إذا ما اتبعت برنامجاً يدعم بعض العادات والسلوكيات الصحية الإيجابية مع الطفل.

ولصحة الفم والأسنان تأثيراً على الأداء الدراسي للأطفال؛ ففي دراسة أُجريت على ٦٠٠ مدرسة ودور حضانة بمدينة بنغالورو، الهند لتقييم تأثير سوء حالة صحة الفم على أداء أطفال، تم تقييم الحالة الصحية عن طريق الفم باستخدام مؤشر df-t (عدد الأسنان المتحللة بالفم). تم تقييم الأداء الأكاديمي بناءً على العلامات التي تم الحصول عليها، توضح نتائجها تأثير سوء صحة الفم على خفض الأداء المدرسي لدى الأطفال (Nishita, 2012) وعليه يمكن الاستنتاج أن تحسين صحة الفم والأسنان لدى طفل دور الحضانة من خلال تحسين الثقافة الصحية، قد يكون وسيلة، لتحسين أدائهم وتفوقهم في الأنشطة والمعلومات والمفاهيم المقدمة لهم.

لأجل ذلك لزم على دور الحضانة أن تُوجّه الأطفال لأبسط الإجراءات الصحية في ثقافة صحة الفم والأسنان، وهو تفريش الأطفال لأسنانهم مرتين يومياً على الأقل (Tubert, 2008)، وتكرار زيارة طبيب الأسنان الوقائية؛ لأنها تعمل على تحسين صحة الفم وتقلل من التكاليف التي تترتب على سوء الرعاية الصحية للفم والأسنان، واستخدام العلاج بالفلورايد؛ لأنه يقلل من معدل تسوس الأسنان (Anne, 2013)

٣- ثقافة الغذاء (Food Culture):

هي أحد أهم جوانب الثقافة التربوية الذي يكتسب أهميته، من أثره المباشر في الجانب الجسمي والصحي للأبناء. (عمر، ٢٠١٧)

تعتبر ثقافة الغذاء هي الثقافة الأوسع انتشارًا بين الأمهات مقارنة بثقافة المرحاض وثقافة الفم والأسنان في مجتمع البحث؛ فهي ثقافة استطاعت وسائل الإعلام والبرامج الصحيّة في البضع سنوات الأخيرة الترويج لها جيّدًا، وهي مدرجة بالفعل في محتوى منهج رياض الأطفال الجديد ٢٠٠٠، كما أنها الصورة التي تُظهر بها بعض دور الحضانة اهتمامها بالطفل من خلال إرسال تقارير يومية للأمهات الأطفال عن كميّة ونوع الطعام الذي تناوله الطفل، والغذاء المحبّب له.. الخ.

فالإهمال في استخدام عادات غذائية سليمة، له أثر مباشر على صحة الطفل، ما أكدته كلا من دراسة (سالم، فاتن، نادية، ٢٠٠٦)، و(نجوى، ٢٠٠٩) والتي هدفت الى تقييم العادات الصحية الغذائية غير السليمة لأطفال دور الحضانة في مدينة بغداد، فقد أشارت نتائجها إلى أن اتباع عادات غذائية غير سليمة أدى إلى نفاشي امراض الإسهال والديدان المعوية والالتهابات التنفسية بين الأطفال.

خامسا: استراتيجيات تطبيق وتعزيز الثقافة الصحيّة لطفل دور الحضانة:

توجد استراتيجيات يمكن من خلالها إكساب الطفل الثقافة الصحيّة، وهي مثل: المناقشات، عرض القصص التي تستعرض العادات والسلوكيات الصحيّة، الزيارات الميدانيّة، رؤية الفيديوهاات والأفلام التعليميّة. كما أن اتباع المحيطين بالطفل للعادات والسلوكيات الصحيّة السليمة يُعدُّ من أهمّ تلك الاستراتيجيات وأكثرها فاعليّة في إكساب الطفل تلك العادات، وهو ما يُسمّى: (التعلّم بالأنموذج).

والأمّ هي النموذج الأول في حياة الطفل؛ فإن للأمهات دورًا واضحًا في نقل تلك الثقافة إلى أطفالهنّ، يختلف ذلك بينهنّ، تبعًا لمستوى خبرة الأمّ في نقل تلك الثقافة وترجمتها إلى عادات وسلوكيات. "فقد تبين من إحصاءات تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم لعام (٢٠١٧)، أن بلوغ مستويات أعلى من التعليم بين الأمهات يُحسّن معدّلات تغذية الأطفال وتطعيمهم، مع تقليل وفيات الأطفال التي يمكن الوقاية منها ووفيات الأمهات" (UNESCO, 2017,para4)

وعلى الرغم من ذلك، فإن وجود محتوى ثقافي صحي جيّد، لا يتلخص فقط في كونه عمليّة أو إجراء يقوم به الأطفال مرارًا وتكرارًا؛ لكي يحصلوا على التعزيز الذي يرغبونه، ولكن تُؤكّد Karen (2008) على أن مدى تأثير هذا المحتوى،

يتمثل في تقييم مدى تأثير فهم الشخص لتلك الثقافة على حالته الصحية، ممّا يتطلب تغيير البيئة من حوله حتى يتمكّن من تطبيق تلك الممارسات (para3).

لأجل ذلك لجأت العديد من مدارس الأطفال، لمعاقبتهم على السلوك غير الصحي، بنوع من العقاب يعزز ويدعم السلوكيات الصحية؛ ففي دراسة بغانا، قامت بعض المدارس بعقاب الأطفال على أكثر العادات التي لوحظ انتشارها بين الأطفال وهي ترك أوراق المناشف داخل المرحاض، بأن يُعيد الأطفال تغليف علب الخضراوات الفارغة واستخدامها كسلة قمامة." (Catholic Relief Services,) (2009)

سادسا: تقييم الثقافة الصحية لدى الأطفال عامّة وطفل دور الحضانة خاصّة:

يمكن تقييم الثقافة الصحية المكتسبة لدى الطفل من خلال ملاحظة التغيّر في عادات وسلوكيات الطفل اليومية، وهذا ما أكدته نظرية قيادة العادات والسلوكيات الصحية، والتي أبرزت معياري الفهم والتغيير لمحتوى السلوك الصحي، كأحد سبل تقييم نتائج برامج التثقيف الصحي المقدّمة للأشخاص، فيصبح جزءاً من وقتهم يمارسونه في تطبيق السلوك الصحي." (Karen, 2008, par6)

ويوافق هذا الرأي John, Manoj (2012) إلا أنه زاد على ذلك أهمية الملاحظة للسلوك الصحي السلبي أيضاً، كمؤشّر لتقييم مدى فاعلية برامج الثقافة الصحية، وليس فقط الاهتمام بتتبّع السلوك الإيجابي.

منهج البحث وإجراءاته

أولاً: منهج البحث:

استخدم البحث المنهج شبه التجريبي، والذي هدف إلى التعرف على فعالية برنامج لإكساب حاضنات الأطفال بعض المفاهيم والعادات السلوكية الصحية، كذلك التعرف على مدى تأثير الأطفال المخالطين للحاضنات بثقافتهم الصحية التي تكوّنت لديهم بعد البرنامج، تمثّلت العيّنة في عشر (١٠) حاضنات من دور حضانة تابعة لقطاع الشؤون الاجتماعية وزارة التضامن الاجتماعي بمدينة بني سويف (٥) من هن مجموعة ضابطة و (٥) مجموعة تجريبية، كما شملت عيّنة من الأطفال عددها (٦٠) طفلاً (٣٠) منهم مجموعة ضابطة و(٣٠) تجريبية، متوسط أعمارهم

ثلاث سنوات وخمسة أشهر بين ذكور وإناث من مستويات اجتماعية متقاربة، واستمرَّ التدريب فترة (١٨) يوماً بمعدّل يوميّ أسبوعياً لمُدّة (٩) أسابيع، ساعتان يومياً، طُبّق مقياس عبارة عن بطاقة ملاحظة للحاضنات قبل وبعد البرنامج، وأخرى للأطفال تمّ تطبيقها قبل مخالطة الحاضنات - عند بداية الدراسة - وبعد مخالطتهن بشهر، ثمّ تمّ تتبّع الملاحظة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية للحاضنات، كذلك تمّ تتبّع الملاحظة بعد شهرين من المخالطة للحاضنات للمجموعة التجريبية للأطفال. ومن ثمّ مقارنة النتائج بين المجموعات التجريبية والضابطة والوقوف عليها، والجدول التالي يلخص التصميم:

جدول (١)

وصف لشكل التصميم التجريبي المستخدم في الدراسة الحالية لكلا من العيّنتين

المجموعة	القياس القبلي	البرنامج التدريبي	القياس البعدي	القياس التتبعي
المجموعة التجريبية	✓	✓	✓	✓
المجموعة الضابطة	✓	×	✓	×

ثانياً: مجتمع البحث وعيّته:

تمثّلت العيّنة في عشر (١٠) حاضنات للأطفال بحضانة (كيدزورلد)، تابعة لقطاع الشؤون الاجتماعية ووزارة التضامن الاجتماعي بمدينة بني سويف، قُسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، كل منهما تُكوّن من خمس حاضنات، تمّ عمل تكافؤ بينهما من حيث المستوى الاجتماعي ومستوى الخبرة وتمّ اختيارها من إجمالي (١٢) حضانة تابعة لأفراد بمدينة بني سويف للأسباب الآتية:

١. الحضانة تتمتع بمساحة كبيرة تسمح بالتحكّم في متغيّرات البحث وبيئة العيّنة.
٢. الأطفال مقسّمين حسب الفئة العمرية بقاعات الحضانة.
٣. تنوع مجتمع العيّنة داخل الحضانة والفئات الوظيفية لأسر الأطفال.
٤. وجود إنترنت ووسائل عرض متنوّعة ووسائل اتصال متاحة داخل الحضانة.
٥. موافقة مديرة الحضانة على تطبيق البحث وتيسير مهام الباحثة من الاطلاع

على البيانات والالتقاء بأسر الأطفال وعمل الاجتماعات وغيرها من متطلبات إجراءات البحث.

أيضاً شملت العيّنة (٦٠) طفلاً، من عيّنة أساسية بلغت (١٢٣) طفل متوسط أعمارهم ثلاث سنوات وخمسة أشهر بين ذكور وإناث من مستويات اجتماعية متقاربة، هم كل الأطفال بمرحلة تعليم ما قبل رياض الأطفال بالحضانة، وقد تمّ عمل تكافؤ وتجانس بين المجموعتين التجريبيّة والضابطة.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

١. بطاقة ملاحظة بعض العادات والسلوكيات الصحيّة التي تمارسها الحاضنات.

أ. وصف البطاقة: بناء على طبيعة البيانات المراد جمعها، والمستوى الثقافي والاجتماعي للحاضنات، تمّ عمل بطاقة ملاحظة بعض العادات والسلوكيات الصحيّة التي تمارسها الحاضنات، وقد تمّ بناء البطاقة بناءً على التأسيس النظري لموضوع البحث، وكذلك الدراسات السابقة العربيّة والأجنبيّة المتصلة بالبحث الحالي، ومحاوّر البحث الثلاثة التي تمّ اختيارها بناءً على نتائج الاستطلاع الأولى مع أسر الأطفال. وتنقسم إلى ثلاثة محاور: الأول: عادات وسلوكيات دخول المرحاض. الثاني: عادات وسلوكيات العناية بغسيل الأسنان والضمّ. الثالث: عادات وسلوكيات تناول الغذاء. وقد تكوّن كل محور من (١٠) عبارات؛ حيث بلغ إجمالي عدد العبارات بالأداة (٣٠) عبارة تقيس مدى التزام الحاضنات ببعض العادات والسلوكيات الصحيّة داخل عملهنّ بدور الحضانة مع الأطفال، وتطبّق بطاقة الملاحظة بصورة فرديّة، وتمّت الملاحظة على ثلاث مراحل: الأولى والثانية. قبل وبعد البرنامج، أمّا الأخيرة: فهي بعد مرور شهر من المرحلة الثانية، وتتمّ خلال ٧ ساعات في يوم العمل، وتكون بصورة فرديّة.

ب. مفتاح التصحيح: تمّ استخدام أسلوب الروبيكس شكل (١) في تصميم البطاقة، وهو تقسيم السلوك إلى ٥ مستويات بالوصف التالي: (تلتزم بشدّة، تلتزم، تلتزم أحياناً، لا تلتزم، لا تفعل مطلقاً)، وتبعاً للترتيب السابق تكون درجة الاستجابة عن كل مفردة (٥ أو ٤ أو ٣ أو ٢ أو ١) على التوالي لتدرّج الإجابة، وبناءً عليه، فإن أعلى درجة يمكن أن تحصل عليها الحاضنة على المقياس (١٥٠)، وأدنى درجة هي (٣٠).



شكل (٢ - ٤)

تقييم الأداء وفقا لدرجة الالتزام ببندو المقياس

ج. صدق البطاقة: تمَّ التحقُّق من صدق البطاقة من خلال:

صدق المحكِّمين: حيث قد تمَّ عرض البطاقة قبل التطبيق على (١٠) محكِّمين من الأساتذة ببعض الجامعات المصريَّة والعربيَّة، وتم الاستفادة من مقترحاتهم وآرائهم في تحديد مدى وضوح العبارات ودقتها، ومدى الارتباط الذي تنتمي إليه، وإضافة أو تعديل بعض العبارات ومناسبتها لأهداف الدِّراسة، وكان محكُّ نسبة الاتفاق (٩٠%) كشرط للإبقاء على العبارة.

الصدق البنائي (صدق التكوين الفرضي): وذلك من خلال إيجاد تجانس المقياس (Test Homogeneity)؛ حيث تمَّ حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البطاقة بالدرجة الكليَّة للمقياس على عيِّنة استطلاعيَّة مكونة من (١٠) حاضنات من مجتمع البحث ومن خارج العيِّنة الأساسيَّة، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٧٨٤ إلى ٠.٨٣٢)، عند تكرار القياسات خلال ثلاث أسابيع، وهو دالٌّ إحصائيًّا عند مستوى (٠.٠٥)؛ مما يُشير إلى قوة وتماسك المقياس الداخلي.

د. ثبات البطاقة: تمَّ التحقُّق من ثبات البطاقة باستخدام طريقة معامل ألفا كرو نباخ، وقد تراوح معامل ثبات ألفا كرو نباخ (٠.٨١٨ إلى ٠.٩٥٩)، عند تكرار القياسات خلال ثلاث أسابيع، وهو دالٌّ إحصائيًّا عند مستوى (٠.٠١).

وممَّا سبق نستخلص أن: بطاقة الملاحظة للحاضنات تتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبين؛ ممَّا يسمح باستخدامها مع عيِّنة البحث.

- ٢- بطاقة ملاحظة بعض العادات والسلوكيات الصحية التي يمارسها الأطفال:
- أ. وصف البطاقة: بناءً على طبيعة البيانات المراد جمعها وطبيعة الأطفال، تمَّ عمل بطاقة ملاحظة بعض العادات والسلوكيات الصحية التي يمارسها الأطفال، وقد تمَّ بناء البطاقة من (٣٠) مفردة اعتماداً على الأداة السابقة؛ لتقيس مدى التزام الأطفال ببعض العادات والسلوكيات الصحية بدور الحضانه، وتُطبَّق بطاقة الملاحظة بصورة فردية، وتمَّت الملاحظة على ثلاث مراحل: الأولى وهي مع بداية العام الدراسي الفصل الأول قبل مخالطة الحاضنات، والثانية بعد مخالطتهنَّ بشهر واحد، أما الأخيرة فهي للتجريبية، بعد مرور شهرين من مخالطتهنَّ، وتتمَّ خلال ٧ ساعات في يوم العمل، وتكون بصورة فردية.
- ب. مفتاح التصحيح: كما بالأداة السابقة:
- ج. صدق البطاقة: تمَّ التحقق من صدق البطاقة من خلال:
- صدق المحكِّمين: كما بالأداة السابقة، وعلى أثره تمَّ حذف بعض العبارات واستبدالها بأخرى تتناسب مع المرحلة العمرية للطفل.
- الصدق البنائي (صدق التكوين الفرضي): كما بالأداة السابقة، إلا أن العينة الاستطلاعية تكوَّنت من (١٠) أطفال من مجتمع البحث ومن خارج العينة الأساسية، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٧٩٥ إلى ٠.٨٣٩) عند تكرار القياسات خلال ثلاث أسابيع، وهو دالٌّ إحصائياً؛ ممَّا يُشير إلى قوة وتماسك المقياس الداخلي.
- د. ثبات البطاقة: تمَّ التحقق من ثبات البطاقة باستخدام طريقة معامل ألفا كرو نباخ، وقد كان معامل ثبات ألفا كرو نباخ يتراوح بين (٠.٨٥٧ إلى ٠.٨٩٠)، عند تكرار القياسات خلال ثلاث أسابيع، وهو دالٌّ إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥).
- وممَّا سبق نستخلص أن: بطاقة الملاحظة للأطفال تتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبة، ممَّا يسمح باستخدامها مع عينة البحث.

رابعاً: البرنامج:

- أ. نوعه: البرنامج من فئة برامج الإثراء المعرفي، المقدمة أثناء الخدمة.
- ب. هدفه: التعرف على فعالية البرنامج لإكساب حاضنات الأطفال بعض المفاهيم والعادات السلوكية الصحية، كذلك التعرف على أثره على الثقافة الصحية للأطفال المخالطين للحاضنات.
- ج. فلسفته: بُني البرنامج على فلسفتي التدريب لتعزيز الخبرة وانتقال أثر التعلم.

فقد أكد كل من بيتر وأماندا ومارتن (٢٠١٢) ووليد (٢٠١٥) ورونالد (٢٠١٧) على أهمية التدريب لتعزيز الأداء وجانب الخبرة، كذلك أهمية التدريب أثناء الخدمة، وكيف أنه من أهم عناصر العملية التربوية الذي يتوقف عليه نجاح التربية؟ والذي يمتد أثره إلى الطلاب، وهم الهدف الأساسي من العملية التعليمية، وقد حقق برنامج البحث ذلك من محاولة تدريب الحاضنات أثناء الخدمة لإكسابهم جانب من الخبرة حول بعض العادات والسلوكيات الصحية والتي كان من المتوقع استناداً لم سبق أن يكون لها أثر بالغ على الأطفال المخالطين لهنّ سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

كما أكد كل من عواطف (٢٠١٢) و أيوب (٢٠١٥) و يوسف (٢٠١٧) على دور نظريات انتقال أثر التعلم في تفسير مدى استفادة الفرد من المواقف المتعلمة، أو التي قام بالتدريب عليها، في مواقف أخرى مماثلة، فقد أشاروا إلى ضرورة ربط محتوى التعلم بالخبرة الحياتية من خلال ربطة بمواقف التعلم، التي يكون لها دور إيجابي في انتقال أثر التعلم بالمواقف الشبيهة ذات الصلة بما تعلمه الفرد، وقد حقق البرنامج ذلك في محاولته تطبيق نوعين من أثر انتقال التعلم الإيجابي، الأول: وهو أثر انتقال التعلم من خلال التدريب ونقل الخبرة إلى الحاضنات، ثم تطبيقها عملياً في اليوم الثاني، أما الثاني: فهو انتقال أثر التعلم من شخص إلى آخر والذي تمثل في مدى التأثير الواقع على الطفل إثر تفاعله مع الحاضنات عينة البحث.

وزاد على ذلك محمود (٢٠١٢) ضرورة الاهتمام بالعوامل المؤثرة في انتقال

أثر التعلُّم مثل صياغة وتحديد الأهداف وتنويع طرائق التعليم، والتي تتَّضح في توظيف برنامج البحث الحالي لمجموعة من الاستراتيجيات؛ مثل المناقشة والحوار وحل المشكلات والتطبيق العملي... إلخ كذلك تحديد الهدف من كل جلسة، فضلاً عن تحديد الهدف من اليوم وارتباطهم جميعاً بالهدف العام من التدريب والذي يرتبط بهدف برنامج البحث.

د. محتواه:

(١) الجانب المعرفي: اعتمد البرنامج على الإطار النظري ونتائج وتوصيات الدراسات السابقة في إعداده وصياغة المعلومات التي قُدِّمت للحاضنات، كذلك تمَّ الاطلاع على بعض الاستراتيجيات والبرامج التي أُعدت لنفس الهدف رغم ندرتها بالنسبة للدراسات السابقة، وقد اعتمد تقسيم المحتوى على تعريف الثقافة الصحية ذات الشقين: الأول وهو المفاهيمي والذي يهتمُّ بالجانب التوعوي، والثاني التدريبي والذي يعني بالجانب المهاري واكتساب العادات والسلوكيات، فقسَّم المحتوى على مرحلتين، كلُّ مرحلة يوم بالأسبوع، في المرحلة الأولى يتمُّ تناول الشقِّ المفاهيمي مع الحاضنات، ثمَّ في اليوم التالي يتمُّ التدريب الفعلي على الأطفال تحت إشراف الباحثة، وهي بمثابة المرحلة الثانية.

(٢) الجانب المهاري التطبيقي: والذي يتمثَّل في ممارسات الحاضنات للعادات والسلوكيات الصحية السليمة لكلِّ من استخدام المرحاض والعناية بالفم والأسنان والغذاء مع الأطفال عينة البحث.

هـ. زمنه: استمرَّ التدريب فترة ١٨ يوماً، بمعدَّل يوميين أسبوعياً؛ الاثنين والثلاثاء لمُدَّة ٩ أسابيع؛ ساعتين يومياً، في الفترة من ٧/٤ / ٢٠١٦م إلى ٣٠/٨/٢٠١٦م، وهذه الأيام تمَّ اختيارها لأنَّ معدَّلات وفود الأطفال إلى الحضانه تكون أكثر كثافة في وسط الأسبوع، فتكون فرصة التدريب العملي للحاضنات أكبر، يوم الإثنين تمَّ اختيار فترة ما بعد الواحدة إلى الثالثة كجلسة عملية مع الحاضنات، بينما كان موعد الجلسة الثلاثاء من الساعة الحادية عشر وحتى الواحدة؛ لأنها أكثر فترة خلال اليوم يُقبَل فيها الأطفال على الحاضنات لمساعدتهم في دخول الحمام وتناول الغذاء وغيرها من المهام، وبالتالي فرصة التدريب وملاحظة الحاضنات أكبر خلال تلك الفترة.

و. الاستراتيجية المتبعة خلال الجلسات:

- **جلسات يوم الإثنين:** ١.تقييم القبلي.٢.إطار مفاهيمي ذو طابع عملي. ٣. عرض فيديو تعليمي. ٤. ممارسة عملية. ٥. تقييم بعدي.
- **جلسات يوم الثلاثاء:** يوم للتدريب العملي على الأطفال ١. مناقشة مفتوحة مع الحاضنات ٢. توجيه مباشر للأداء والسلوك الذي تعلمته الحاضنة خلال جلسة يوم الإثنين.
- ز. **صدقه:** عُرض البرنامج على (١٠) محكمين من الأساتذة المتخصصين، وبعض من الموجّهات والمعلّمات، وكذلك في إعداد وتصميم الوسائل التعليمية، بهدف التحقّق من مدى ملاءمة الجلسات لأهداف البرنامج، وفي ضوء آراء السادة المحكمين أُجريت التعديلات اللازمة من حيث ملاءمة الأهداف والمحتوى والأساليب، ومدى ملاءمة الجلسات، وقد أُخذت الجلسات التي وافق عليها (٩٠ %) فأكثر من المحكمين لاعتمادها في البرنامج.

الأساليب الإحصائية

لتحقيق أهداف البحث تمّ استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١. معامل ارتباط بيرسون للتحقّق من الاتساق الداخلي للمقياس المستخدم في الدراسة.
٢. معامل ارتباط ألفا كرو نباخ للتحقّق من ثبات المقياس.
٤. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
٥. أسلوب تكرار القياسات.
٦. المعالجات الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).
٧. Exile Program.

نتائج البحث وتفسيرهافروض البحث:

يسعى البحث للتحقق من الفروض التالية:

١. يوجد فرق دالّ إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية للحاضنات في التطبيق القبلي والبعدى لصالح التطبيق البعدى.
 ٢. يوجد فرق دالّ إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعة الأطفال المخالطين للحاضنات بالمجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدى لصالح التطبيق البعدى.
 ٣. يوجد فرق دالّ إحصائياً بين متوسطات درجات الحاضنات بالمجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدى، لصالح المجموعة التجريبية.
 ٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الحاضنات بالمجموعة التجريبية في التطبيق البعدى والتتبعي.
 ٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المخالطين للحاضنات بالمجموعة التجريبية في التطبيقين البعدى والتتبعي.
- تتلخص نتائج البحث في الجدولين الآتيين:

جدول (٢ - ٣)

المتوسطات والانحراف المعياري، وقيمة ف للتطبيقات القبليّة والبعدية لكل من مجموعات الحاضنات التجريبية والضابطة

التطبيق	المجموعة	المتوسط	الفروق بين المتوسطات	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستويات الدلالة عند ٠.٠٥
القبلي	التجريبية	٣١.٢٠٠	٠.٦٠٠	٠.٧٠٧	٠.٧٢٠	٠.٤٢١
	الضابطة	٣٠.٦٠٠				
البعدى	التجريبية	١٤٤.٨٠٠	١١٣.٢٠٠	١.٧٦١	٤١٣٣.٦٢٦	٠.٠٠٠

	الضابطة	٣١.٦٠٠				
--	---------	--------	--	--	--	--

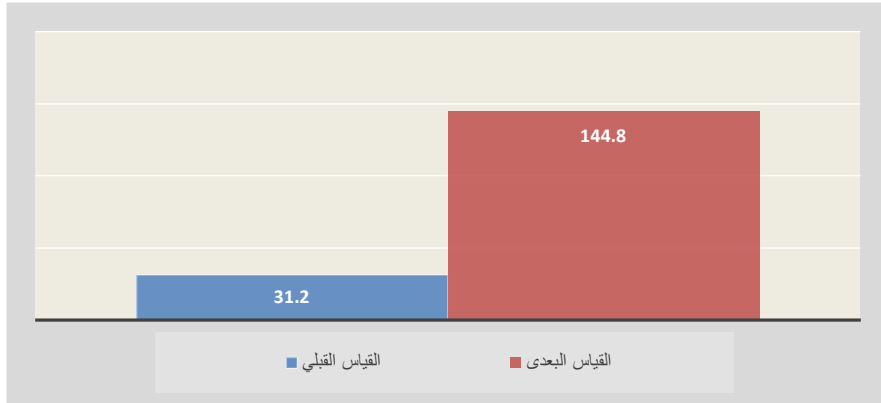
جدول (٣ - ٣)

المتوسطات والانحراف المعياري وقيمة ف للتطبيقات القبليّة والبعدية
لمجموعات الأطفال التجريبيّة والضابطة

التطبيق	المجموعة	المتوسط	الفروق بين المتوسطات	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة عند ٠.٠٥
قبلي	التجريبية	٣١.٣٣٣	٠.٠٦٧	٠.٢٦١	٠.٠٣٣	٠.٨٥٧
	الضابطة	٣١.٢٧				
البعدي	التجريبية	١٣٢.٤٦٧	٩٤.٤٠٠	٠.٨١٣	٦٧٤٥.٥٤٨	٠.٠٠٠
	الضابطة	٣٨.٠٧				

ومما سبق يتّضح الآتي:

ثبوت صحة الفرض الأول: وجد فرق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية للحاضنات في القياسين القبلي والبعدي بلغ (١١٣.٦٠٠) بانحراف معياري (٠.٩٦٤)، وهو دالّ إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) لصالح القياس البعدي، حيث كانت ف = (٧٧١٩.٥٩٨) وهي دالّة أيضا عند نفس المستوى وعند درجة حرية ٢، أما مربع إيتا فقد اقترب من الواحد الصحيح بنسبة كبيرة تساوي (٠.٩٩٨)؛ وهذا ويُفسّر فاعلية البرنامج في إكساب الحاضنات بعض المفاهيم والعادات السلوكية الصحية. أيضا يدل على تأثر الحاضنات بالجلسات بشكل جيد. كما يتضح في شكل (٢ - ٣).

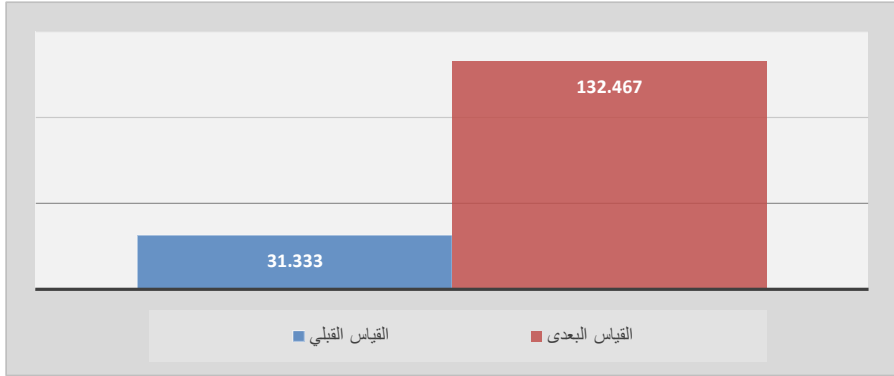


شكل (٣ - ٤)

الفروق بين متوسطات القياسات لمجموعة الحاضنات التجريبية في الاختبارين القبلي والبعدي

ثبوت صحة الفرض الثاني: وجد فرق بين متوسطات درجات مجموعة الأطفال المخالطين للحاضنات بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي بلغ (١٠١.١٣٣) بانحراف معياري (٠.٨٥٩)، وهو دالٌّ إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) لصالح القياس البعدي، حيث كانت $F = (٦٧٤٥.٥٤٨)$ وهي دالة أيضاً عند نفس المستوى وعند درجة حرية (٢). وهنا يتضح تأثير البرنامج الغير مباشر على الأطفال المخالطين لحاضنات المجموعة التجريبية حيث اقترب مربع ايتا من الواحد الصحيح بنسبة كبيرة تساوى (٠.٩٩١)؛ مما يدل على نجاح حاضنات المجموعة التجريبية في تطبيق بعض العادات السلوكية الصحية بشكل كبير مع هذه العينة من الأطفال. أما عن التأثير الداخلى فقد بلغ مربع ايتا (٠.٩٨٨) عند درجة حرية (٢)، كما يتضح استمرار تأثير البرنامج على نفس العينة من الأطفال، بعد مرور شهرين من المخالطة حيث اقترب مربع ايتا من الواحد الصحيح بنسبة كبيرة تساوى (٠.٩٩٣)، ويدل على مناسبة الوقت كعامل مؤثر في التجربة. فقد امتد تأثير أنشطة البرنامج على الأطفال بشكل جيد. الذى يتضح معه استمرار تأثير البرنامج

على الأطفال، بعد مرور شهر من المخالطة، وذلك يفسر انتقال قدر كبير من الثقافة الصحية من الحاضنات الى الأطفال. كما يتضح بالشكل (٣ - ٣)



شكل (٤ - ٤)

الفرق بين متوسطي درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي

ثبوت صحة الفرض الثالث: وجد فرق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة للحاضنات في القياس البعدي لكليهما بلغ (١١٣.٢٠٠)، بانحراف معياري (١.٧٦١) لصالح المجموعة التجريبية، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥)، وبلغت قيمة ف (٤١٣٣.٦٢٦) وهي دالة عند نفس المستوى أما مربع إيتا فقد اقترب كثيرا من الواحد الصحيح فكان (٠.٩٩٨)، الذي يُفسر قوة تأثير الجلسات على الحاضنات بالمجموعة التجريبية، كذلك تميز المجموعة التجريبية عن الضابطة بمكتسباتها المعرفية من البرنامج، كما يؤكد - أيضا - فاعلية برنامج البحث في إكسابهن بعض العادات والسلوكيات الصحية. أيضا يؤكد القيمة المضافة في حياة الحاضنات بالمجموعة التجريبية مقارنة بالحاضنات في الضابطة.

ثبوت صحة الفرض الرابع: لا يوجد فرق بين متوسطات درجات الحاضنات في القياسين البعدي والتتبُّعي دال إحصائياً عند مستوى ٠،٠٠٥، فكانت ف = (٠.٥٦٧)، إلا أنه ثبت تقدم الحاضنات في التطبيق التتبُّعي على التطبيق البعدي: فبخلاف التوقعات ببعض الدراسات المثيلة، تقدم الحاضنات في التطبيق التتبُّعي بمتوسط درجات (١٤٩.٤٠٠) عن البعدي الذي كان متوسط درجاتهن (١٤٤.٨٠٠)

ويُعزى هذا للعوامل الآتية:

١. إصرار الحاضنات على تحسين أدائهنّ الوظيفي، إرضاءً لإدارة دار الحضانه وأولياء أمور الأطفال.
٢. الرغبة الداخليّة في التطوير الذاتّي بتحسين بعض العادات والسلوكيات الصحيّة، كأحد مكتسبات جلسات البرنامج التوعويّة.

ثبوت صحّة الفرض الخامس: لا يوجد فرق دالّ إحصائيّاً بين متوسطات درجات الأطفال المخالطين للحاضنات بالمجموعة التجريبيّة في القياسين البعدي والتتبّعي، إلا أنه هبط متوسط درجات الأطفال في التطبيق التتبّعي عن البعدي من (١٣٢.٤٦٧) إلى (١٢٥.٨٦٧) بفارق (٦.٦٠٠)، والذي يعد غير دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥): ويرجع ذلك إلى هبوط درجات بعض الأطفال على أداة قياس الملاحظة في أدائهم لبعض العادات والسلوكيات الصحية، نتيجة لارتداد بعض الأطفال عن ممارستها، وهي ظاهرة طبيعيّة تُسمّى علمياً بظاهرة النكوص وهي ارتداد الطفل الى المرحلة السلوكية السابقة نتيجة تعرضه لبعض الضغوط النفسية أو نوبات الغضب (حكمت، ٢٠٠٩).

تعقيب على نتائج البحث

انتهت نتائج البحث بفاعلية البرنامج وقوة الجلسات التي تم تطبيقها على الحاضنات، وتأثر الأطفال بنتائج البرنامج من خلال انتقال الأثر بمخالطة الحاضنات اللاتي تم تدريبهن، ويعد ذلك نوع من التخطيط في تعليم السلوك الصحي للطفل، والذي تدعمه كل من دراسة Gill, Chestnutt, Channing (2009) و American Academy of Pediatrics (2009). هو نفسه ما أكدته (2014) Eirini عندما تحدثت عن دور التدريب مع العاملين بدور الحضانه وكيف أن الطفل يتأثر بنتائج .

استخدم البحث أسلوب الملاحظة وتكرار القياسات لملاحظة التغير في عادات السلوك الصحي المكتسب كمؤشر لفاعلية برامج الثقافة الصحية كما أكده John, Manoj (2012) وهو ترجمة لنظرية قيادة العادات (Karen, 2008,) (par6).

التوصيات

في ضوء ما انتهت إليه نتائج البحث يوصي بالآتى:

١. إعداد البرامج التي تهدف لتدريب الفئات المهمشة والأكثر اختلاطاً بالطفل
٢. الاهتمام بالبعد السلوكى والممارسة كما هو في البعد المفاهيمي النظرى خلال التدريب.
٣. إعداد حزمة تدريبية تختص بتأهيل الحاضنات (الدادات /المربيات)، لبضعة أشهر يتدرين فيه على بعض كفايات الأداء وبعض الممارسات، بهدف التأهيل للتعامل مع الطفل تحت إشراف كليات التربية للطفولة المبكرة.

أبحاث مقترحة

١. بحث العلاقة بين صحة الأسنان والتحصيل الدراسي لدى طفل الروضة بمصر.
٢. فاعلية برنامج لإكساب سائقي الحافلة المدرسية ثقافة الغذاء وأثره على الثقافة الصحية لطفل دور الحضانة.

المراجع**أولاً المراجع باللُّغة العربيّة:**

- أحمد مختار عمر (٢٠٠٨). معجم اللغة العربية المعاصرة. القاهرة: عالم الكتب، ص ٥١٥.
- أيوب دخل الله (٢٠١٥). *التعلّم ونظرياته*. بيروت: دار الكتب العلميّة، ص ٥٨.
- بيتر هارتلى، أماندا وودز، مارتن بيل (٢٠١٢). *تعزيز التدريس في التعليم العالي*. المملكة العربيّة السعوديّة: العبيكان، ص ٣٠٣.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). *التوجيه والإرشاد النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.
- حكمت الحلو (٢٠٠٩). *مشكلات الأطفال السلوكية في البيت والمدرسة*. القاهرة: دار النشر للجامعات، ط ١، ص ٢٨، ٥٠.
- حمزة الجبالي (٢٠١٦). *كيف تتعاون الحضانة والمدرسة والأسرة في تنشئة الأطفال تنشئة اجتماعيّة*. دار عالم الثقافة، ص ٦٨، ٦٩.
- رونالد أ. بيغوتو (٢٠١٧). *رعاية الإبداع في غرف الصّف الدّراسي*. المملكة العربيّة السعوديّة: العبيكان، ص ١٦١.
- زين الدين أبي بكر الرازي (١٩٩٩). *مختار الصحاح*. المحقّق يوسف الشيخ محمد. بيروت: المكتبة العصريّة، ط ٥، ص ٤٦٠.
- سالم صالح الميمي، فاتن فخر الدين الطالب، نادية حسين منخي (٢٠٠٦): *التقييم الصحي والعادات الغذائيّة غير السليمة لأطفال دور الحضانة في مدينة بغداد*. مجلة أم سلمة. مجلد ٣. عدد ٣، ص ٣٩٣: ٣٩٨.
- السيد عامر وآخرون (٢٠١٣). *موسوعة التنشئة السياسيّة الإسلاميّة*. تقديم عبد الحميد أحمد أبو سليمان. دار السلام، المجلد الثاني، ص ٨٦٤.
- الصديق سالم السائح، عصام محمد القلاي (٢٠١٤). *تأثير برنامج تثقيفي صحي على المعلومات والسلوك الصحي لناشئي الصّم والبكم*. مجلة العلوم الإنسانيّة،

عدد ١١٩. ص ص ١٨٨ : ١٩٣.

عبد السلام مرجي (٢٠١٦). *أساسيات في الثقافة المهنية*. الأردن: دار الخليج، ط٢، ص ٨٧.

عبد العالي دبله، فضيلة صدراي (٢٠١٣). *واقع تطبيق التربية الصحية في الأوساط المدرسية*. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. الجزائر: ، العدد ٦، ص ص ١٠٣ : ١١١.

عمر هاشم محمد (٢٠١٧). *كيف تكون الحس الديني لدى الأطفال*. بروج، ص ١٩٣

عواطف محمد حسانين (٢٠١٢). *سيكولوجية التعلم*. الجيزة: المكتبة الأكاديمية، ص ١٥٨ : ١٦١.

فريدريك معتوق (١٩٩٨). *معجم العلوم الاجتماعية*. بيروت: أكاديميا، ط١، ص ١٠٢.

كريم عبد ساجر الشمري (٢٠١٢). *المعوقات والالتزامات الأسرية التي تواجه المرأة*. مجلة كلية التربية للبنات. المجلد ٢٣، ص ص ٨٩ : ١٠٣.

محمد الصيرفي (٢٠١٦). *التسويق الصحي*. القاهرة: دار الفجر، ط١، ص ٦٧.

محمود داود الربيعي (٢٠١٢). *التعلم والتعليم في التربية البدنية والرياضية*. بيروت: دار الكتاب العلمية، ص ١٣٨.

مشيرة مطاوع بلبوش، سامية نصيف توفيق (٢٠١٤). *تصميم برنامج قائم على أنشطة الفنون البصرية في تنمية مفاهيم الوعي الصحي لطفل الروضة*. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس. العدد ٥٤، الجزء الثاني، ص ص ٤١٩ : ٤٤٣.

معن خليل عمر (١٩٩٧). *مناهج البحث في علم الاجتماع*. رام الله: دار الشروق، ط١، ص٥٦.

منتصر صلاح سليمان (٢٠٠٧). *فعالية التدريب على العزو النسبي وما وراء الذاكرة، وأثره في تحسين الدافعية الأكاديمية والكفاءة الذاتية والفهم القرائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم*. أسيوط: كلية التربية، جامعة أسيوط، مصر.

نجوى الصاوي أحمد، عبير بكرى فراج (٢٠١٣). *برنامج قائم على الفنون الأدائية لتنمية الثقافة الصحية لطفل الروضة*. مجلة الطفولة والتربية. القاهرة: العدد ٥، الجزء الثاني، ص ص ٤٥٩ : ٥١٦

نجوى محفوظ (٢٠٠٩). *مدى انتشار الإصابة بالطفيليات المعوية وعلاقتها بنوع الغذاء لدى أطفال اثنين من دور الحضانة في مدينة الموصل*. مجلة أبحاث التربية الأساسية. مجلد ٩، العدد ٢، ص ص ٤٩٣ : ٥٠٢

وليد ناجي الحياي (٢٠١٥). *التدريب في المؤسسات التعليمية استراتيجيات تحديثها وتفعيلها*. مركز الكتاب الأكاديمي، ص ٥٣.

يوسف لازم كماش، عبد الكاظم جليل حسان (٢٠١٧). *سيكولوجية التعلم والتعليم*. عمان: دار الخليج، ط٢، ص ص ٣٢٠ : ٣٢٢.

ثانياً المراجع باللغة الإنجليزية

American Academy of Pediatrics(2009). *Teaching Health Education in School*. Available at, <https://www.healthychildren.org>.

An official New Hampshire government (2012). *Why Health Education Is Important*. Concord: Department of Education. Available at, <https://www.education.nh.gov>

Anne Rowan-Legg (2013). *Oral health care for children*. Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee Paediatrics & Child Health. Vol 18, Issue 1, p.p. 37-43

Cambridge Dictionary (2016). *Cambridge University Press*: England.
available at,

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/effect>

Catholic Relief Services/ ghana (2009). *How-To Guide: Child-Led School Health Education Programs*. Ghna: CRS, p27.

Cathy Beylon (2005). *Fun at Nursery School*. NEW York: Dover Publications, p1.

Christine French Beatty(2016).*Community Oral Health Practice for the Dental Hygienist*. Louis: Elsevier, E4, p.p. 163,165.

David A. Bedworth, Albert E. Bedworth (2010).*The Dictionary of Health Education*. New York: *Oxford University Press*, p111

Dorothy E.M. Gardner And Joan E. Cass (2014). *The Role of the Teacher in the Infant and Nursery School*. London: Library of Congress Catalog ,p11.

Eirini Diamantopoulou (2014). *The Impact Of Coaching in a Greek Nursery School*. Master's Thesis: (D.P.), p14. Available at, <https://books.google.com.eg>

Gamm L, Castillo G, Williams L.(2010). *Education and community-based programs in rural areas: A literature review*, p.p.167-86. Available at

http://www.srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010/Volume_3/Vol3Ch4LR.pdf

[PDF – 81 KB

Gary D. Gilmore and M. Donald Campbell (2005). *Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion*. London: Jones and Bartlett Publishers, Third edition, p16.

Johan Vamstad (2012). *Co-production and Service Quality: The Case of Cooperative Childcare in Sweden*. Stockholm: Johns Hopkins University, ISTR, p1, Available at google scholar Site.

Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath (2008). *Health Behavior and Health Education*. Jossey- Bass: E4. Available at <https://books.google.com.eg>

Kathy Sheppard (2012). *How to Open a Nursery School a Complet Guide*. USA: lulu.com puplisher, p 41

Manoj Sharma, John Albert Romas (2012). *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*. Menesota: Jones& Bartlett Learning, E2, p.p. 26,32.

Murphy, G. (2004). *A big book of concepts*. Massachusetts: (p41).

Nishita Garg, Latha Anandakrishna, and Prakash Chandra (2012). *"Is there an Association between Oral Health Status and School Performance? A Preliminary Study."* *Jp-Journals*. Bengaluru: Ramaiah Dental College, Vol 5, P 2, p.p.132-144.

Nishita Garg, Latha Anandakrishna, Prakash Chandra (2012). *there an Association between Oral Health Status and School Performance? A Preliminary Study*. *jp-journals*: V10,p1005.

P. Gill, I.G. (2009). *Opportunities and challenges to promoting oral health*

- in primary schools*. BASCD: Community Dental Health, vol 26 p188.
- P. Gill.I.G. Chestnutt D. Channing (2009). *Opportunities and challenges to promote oral and dental health*. Cardiff: Cardiff University.
- Public Health England (2014). *Delivering Better Oral Health: An Evidence Based Toolkit for Prevention*. England:PHE, E3. Available at <https://www.gov.uk>
- Robert M. Kacmarek, James K. Stoller, Al Heuer(2016). *Egan's Fundamentals of Respiratory Care*. Louis: Elsevier,E11, P 1254
- S. Vernon B. Lundblad A. L. Hellstrom (2003). *Children's experiences of school toilets present a risk to their physical and psychological health*. *Institute of Child Health*. UK: University of Newcastle, V29, E1, Available at <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00310.x>
- Sharon Lawner Weinberg,Sarah Knapp (2016). *Statistics Using IBM SPSS: an Integrative Approach*. London: Cambridge University Press, p 123.
- Tubert-Jeannin S1, Lecuyer MM, Manevy R, Pegon-machat E, Decroix B(2008). *Sante Publique*.Vol 20, E1,p.p.7-17
- UNESCO (2017).*Education for health and well-being*. Available at <https://en.unesco.org/themes/education-health-and-well-being>.
- World Health Organization (2016).*Health Education*. Available at https://www.who.int/topics/health_education/en