

تحلیل کیفی آموزش سلامت در آموزش و پرورش از دیدگاه مدیران مدارس ابتدایی

سارا قادریور^۱، کمال قادریور^۲، گلچین شکره^۳

۱. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی مراغه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بهداشتی تبریز، مراغه، ایران.
(نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد، گروه تربیت بدنی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه تربیت بدنی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۲۱۲-۲۲۲

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر تحلیل کیفی آموزش سلامت در آموزش و پرورش از دیدگاه مدیران مدارس ابتدایی بود. نوع این پژوهش، کیفی و ازلحاظ هدف کاربردی بود و روش آن، پدیدارشناسی است، برحسب گردآوری اطلاعات اکتشافی و با استفاده از نظریه داده بنیاد (اشتراوس و کوربین) انجام شد. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه مدیران مدارس ابتدایی در استان آذربایجان غربی بوده است، ملاک ورود افراد سابقه بالای ۵ سال مدیریت مدارس، تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش بود. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و حجم نمونه بر اساس منطق اشباع نظری است. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود، تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری انجام گرفت در مرحله کدگذاری باز، با مراجعه به کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها (کدگذاری نکات کلیدی)، کدهایی که به موضوعی مشترک اشاره داشتند، گروه‌بندی شدند و مفاهیم را ساختند و از مقایسه و طبقه‌بندی آن‌ها نیز مقوله‌ها تعیین شدند. بررسی صحت علمی این مطالعه از طریق چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تائید‌پذیری انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که آموزش سلامت در مدارس شامل پنج مؤلفه اصلی بهداشت عمومی، سلامت روانی، سلامت جسمانی، سلامت تغذیه‌ای، آموزش ایمنی در برابر حوادث می‌باشد. به‌طورکلی یافته‌ها بیانگر کم‌توجهی، جدی نگرفتن و در اولویت نبودن آموزش سلامت، فضای نامناسب مدارس، نبود آموزش تغذیه، فقدان امکانات ایمنی در مدارس آذربایجان غربی بوده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش سلامت، تحلیل کیفی، بهداشت عمومی.

مقدمه

امروزه بهبود شیوه زندگی و ارتقای سلامت یک نیاز اساسی برای جامعه بشری است. از عواملی که این نیاز را به‌ویژه در زمان نوجوانی محسوس‌تر می‌کند، افزایش بیماری‌های مزمن، عوارض و ناتوانی‌های ناشی از عادات رفتاری نادرست و غیربهداشتی است و طبق نظریه سازمان جهانی بهداشت ۷۰ تا ۸۰٪ مرگ‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و ۴۰ تا ۵۰٪ از مرگ‌ها در کشورهای درحال توسعه به دلیل بیماری مرتبط با سبک زندگی رخ می‌دهد و ۶۰٪ وضعیت سلامتی یک شخص به رفتار و شیوه زندگی او بستگی دارد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰). این در حالی است که مهم‌ترین دوره برای شکل دادن به رفتار سالم و بهداشتی دوران کودکی انسان است. اوایل کودکی، تولد تا پنج‌سالگی، دوره‌ای از رشد و تکامل شناختی، اجتماعی و فیزیکی قابل توجه است (گلدفیلد و همکاران^۱، ۲۰۱۲؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). سلامت حق طبیعی هر انسان، ازجمله نوجوانان و دانش آموزان است و این موضوع می‌تواند مهم‌ترین دلیل ضرورت حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نوجوانان و دانش آموزان، محسوب شود این در حالی است که مطالعات تحقیقاتی مختلف نشان می‌دهد که شاخص‌های سلامت کودکان رو به وخامت است (لاماناوسکاس و همکاران^۲، ۲۰۲۱).

شکل‌گیری عادات غذایی سالم و فعالیت بدنی منظم که در اوایل دوران کودکی ایجاد شده است، تمایل دارد تا بزرگسالی نیز ادامه یابد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). درنتیجه، محیط‌های آموزشی و مراقبتی در سال‌های اولیه تأثیرات قدرتمندی بر انتخاب‌های رفتاری سالم بزرگسالان آینده دارد که می‌تواند بر پیشگیری از بیماری‌های مزمن تأثیر بگذارد (هرمان و همکاران^۳، ۲۰۰۹؛ لافاوه و همکاران^۴، ۲۰۲۱). به‌علاوه بیش از ۹۰ درصد از کودکان (۳ تا ۵ سال) به‌طور منظم در اکثر کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، به مراکز و مدارس مراقبت از کودک می‌روند. اگرچه کودکان با سن کمتر از ۲ سال نرخ حضور کمتری دارند (۳۲٪) و این بچه‌ها به‌طور متوسط ۳۰ ساعت در هفته را در این مکان‌ها سپری می‌کنند (OECD^۵، ۲۰۱۹) با توجه به این میزان حضور بالا و این واقعیت که کودکان خردسال زمان قابل توجهی را در مراکز نگهداری از کودکان می‌گذرانند، این مکان‌ها محیط مهمی برای ارتقای بهداشت و فعالیت بدنی و کاهش رفتارهای بی‌تحرك در کودکان خردسال است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱). در این راستا مشخص شده است که تا ۴۳ درصد از تغییرات در سطوح فعالیت بدنی و بهداشتی کودکان خردسال را می‌توان به محیط مراقبت از کودک نسبت داد (پیت و همکاران^۶، ۲۰۰۴؛ اسلات^۷، ۲۰۱۸). اگرچه ویژگی‌های محیطی نقش مهمی در رفتارها و رشد کودکان دارند (سراج و همکاران^۸، ۲۰۱۷؛ اسلات، ۲۰۱۸) اما در کنار ویژگی‌های محیطی (فضا و تجهیزات)، کیفیت ساختاری و برنامه‌ریزی برای آموزش سلامت کمتر موردتوجه قرارگرفته است (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۹).

^۱- Goldfield et al

^۲ - Lamanaukas

^۳- Herman et al

^۴- Lafave et al

^۵ - Organisation for Economic Co-operation and Development

^۶ - Pate et al

^۷ - Slot

^۸ - Siraj et al

یکی از وظایف مهم معلمان ورزش و مربیان آموزش بهداشت و سلامت ایجاد عادات غذایی سالم و تشویق به فعالیت‌های ورزشی است (کوروویچکا^۱، ۲۰۱۹) کودکان در مدارس دانشی در مورد سلامتی کسب می‌کنند و این زمینه را برای رشد، حفظ و تقویت سلامت آن‌ها تشکیل می‌دهد. با این حال، دانش کودکان در مورد سلامت ناکافی است و مهارت‌های سبک زندگی سالم آن‌ها به اندازه کافی توسعه نیافته است. از یک سو، روند رو به و خامت سلامت کودکان، چالش‌های خاصی را برای فرآیند آموزش سلامت ایجاد می‌کند، از سوی دیگر، امکانات آموزش بهداشت آن‌ها به طور کامل شناخته شده و مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. پس ادغام آموزش بهداشت و سلامت در برنامه‌های آموزشی مدارس اولویت اصلی سیاست آموزشی است (لاماناوسکاس و همکاران^۲، ۲۰۲۱).

عظیمی (۱۳۹۹) در تحقیق خود در مورد آموزش سلامت در مدارس اهداف برنامه درسی، محتوای برنامه درسی، فعالیت‌های یادگیری، نقش معلم، منابع یادگیری، نحوه گروه‌بندی، مکان یادگیری و تدریس، زمان یادگیری و روش‌های ارزشیابی را شناسایی نمودند. آشوری و همکاران (۱۳۹۶) در تحلیل محتوای کتاب‌های درسی دوره ابتدایی نشان دادند که به مؤلفه ورزش و تحرک بدنی بیش از سایر مؤلفه‌ها توجه شده و کمترین میزان توجه به مسئله بیماری بوده است؛ ضمن اینکه هریک از شاخص‌های مؤلفه‌های مذکور به صورت متوازن مورد توجه قرار نگرفته و کتاب‌های درسی به یک نسبت مؤلفه‌های آموزش سلامت را پوشش نداده‌اند. آلکانتارا-پورکونا و همکاران^۳ (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای ادراک معلمان از تسهیل‌کننده‌های محیط مدرسه برای فعالیت بدنی دانش آموزان شامل نگرش مثبت معلمان، مزایای منتسب به عملکرد آن‌ها، حمایت معلمان از فعالیت‌ها و تخصص در تربیت بدنی، تلقی مدرسه به عنوان مکانی مناسب برای ارتقای فعالیت بدنی، تسهیل عناصر برنامه درسی به حساب آوردند. فرناندز خیمنز و همکاران^۴ (۲۰۲۰) میزان پایبندی به مداخلات ارتقای سلامت کودکان ۹ تا ۱۳ را در بین کسانی که آموزش سلامت و بهداشت دیده بودند، مثبت تلقی کرده اند. نوجوانان و دانش آموزان سرمایه‌های اصلی کشور هستند و پرورش آن‌ها از هدف‌های اصلی برنامه‌های توسعه اجتماعی، اقتصادی است، بر اساس ناکارآمدی روش‌های مرسوم، پایین بودن سطح آموزش‌های مؤلفه‌های بهداشتی و سلامت، ناکارآمد بودن محتوای کتب‌های درسی موجود لزوم تغییر آن و استفاده از شیوه‌های اثربخش آموزش بهداشت نمود بیشتری پیدا می‌کند. همان‌طور که بیان گردید برای ایجاد تغییر و تحول و به منظور جلوگیری از بیماری‌ها و ارزش قائل شدن به بهداشت و سلامت نیروی انسانی کارآمد که مدنظر طرح تحول بنیادین و طرح تحول نظام سلامت است بایستی به آموزش روش‌های بهداشت به اقشار مختلف جامعه به‌ویژه دانش آموزان در سنین پایین توجه وافر نمود. از طرفی با توجه به نتایج تحلیل مطالعات پیشین و نحوه آموزش سلامت به‌عنوان وضعیت موجود و بررسی اسناد با دستی، می‌توان چنین نتیجه گرفت که متأسفانه در حد خیلی کم به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدرسه پرداخته شده است. درحالی‌که انتظار می‌رفت حداقل به مؤلفه‌های سلامت در حوزه نظام سلامت در حد مورد قبول در اسناد بالادستی و کتاب‌ها پرداخته شود و دانش آموز هر چه بیشتر در این کتاب‌ها با آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مسائل و مشکلات آن، راه‌های مراقبت از آن و... آشنا شوند. پس با توجه به ضعف اسناد بالادستی در نظام آموزشی جمهوری

¹- Kurowicka

² Lamanauskas

³- Alcántara-Porcuna et al

⁴- Fernández-Jiménez

اسلامی ایران به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت (عظیمی، ۱۳۹۹) و از آنجا که تلاش جهت شکوفایی قابلیت‌های آموزش بهداشت و سلامت دانش‌آموزان از جمله کارکردهای آموزش و پرورش است و اینکه توفیق در ارتقای سلامت آن‌ها تضمین‌کننده سلامت نسل حاضر و آینده کشور است، علاوه بر این با توجه به تفاوت‌های رشدی بین کودکان (کلیم و همکاران، ۲۰۰۹؛ فیس و همکاران، ۲۰۱۵)، مناسب است که آموزش سلامت در مدارس بررسی شود. پس مطالعه حاضر با هدف بررسی شکاف‌های موجود در پی تحلیل کیفی آموزش سلامت در آموزش و پرورش از دیدگاه مدیران مدارس ابتدایی می‌باشد؟

از آنجایی که نظام مدرسه تأثیری مستقیم بر کودکان و نوجوانان و تأثیر غیرمستقیم بر بزرگسالان دارد، به نظر می‌رسد استفاده بهینه از آموزش سلامت در دوره دبستان یکی از سهل‌الوصول‌ترین راه‌های آموزش عمومی به مردم است (پرتو، ۱۳۹۵). همان‌طور که صفابخش (۱۳۹۲) بیان می‌کند نگرش‌های بهداشتی که در دوران کودکی شکل می‌گیرند مادام‌العمر و تغییرناپذیر هستند و در این راستا گنجاندن مفاهیم پایه و عمیق بهداشت در راستای سالم زیستن در آموزش دانش‌آموزان باعث می‌شود که از ابتدا و در زمان تکوین و شکل‌گیری شخصیت اجتماعی‌شان به‌عنوان شهروندان آینده، رعایت بهداشت و ارتقای سلامت را به‌عنوان یک مسئولیت انسانی و اخلاقی در وجود خود نهادینه کنند. پس آشکار است که موفقیت در تربیت سلامت دانش‌آموزان در مدارس بدون آموزش مؤلفه‌های بهداشتی و سلامت آن‌ها میسر نخواهد بود؛ بنابراین آموزش سلامت می‌تواند این فرصت را در اختیار دانش‌آموزان قرار دهد تا دانش، اطلاعات و مهارت‌هایی را کسب کنند که در طول زندگی، آن‌ها را به‌سوی عادات و رفتار بهداشتی مناسب رهنمون سازد. لذا بررسی و تحلیل آموزش سلامت به‌منظور بالا بردن سطح سلامت جامعه، اصلاح رفتارهای بهداشتی نامطلوب و ایجاد و حفظ رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دانش‌آموزان دوره دبستان امری اجتناب‌ناپذیر است؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی آموزش سلامت در دوره ابتدایی از منظر معلمان شهرستان سردشت است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بوده و برحسب گردآوری اطلاعات کیفی از نوع اکتشافی می‌باشد و در این پژوهش از روش اشتراوس و کوربین یا عینیت‌گرا برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مدیران مدارس ابتدایی استان آذربایجان غربی بود حجم نمونه بر اساس منطق اشباع نظری تعیین شد به‌علاوه از روش نمونه‌گیری هدفمند نظری استفاده شد به این دلیل که جامعه مدیران مدارس ابتدایی در استان آذربایجان غربی پراکنده بودند و اطلاعات دقیقی از همه آن‌ها در دسترس نبود روش گلوله برفی بکار گرفته شد، ملاک ورود افراد سابقه بالای ۵ سال در سمت مدیریت، تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج آن‌ها عدم رضایت آگاهانه، نداشتن تحصیلات و پژوهش‌های علمی در مورد آموزش سلامت بود. در مجموع ۱۸ نفر در این پژوهش حاضر بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها تکنیک مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود که بر اساس معیار اشباع نظری انجام گرفت که برای تدوین سؤالات از ادبیات پژوهشی موجود و آموزش سلامت در آموزش و پرورش گرفته شد.

طبق نظر گوبا و لینکلن (۱۹۸۵) بررسی صحت علمی مطالعات کیفی شامل چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأیید پذیری است. در این راستا برای قابلیت اعتبار، نمونه‌گیری تا رسیدن داده‌ها به حد اشباع، درگیر شدن طولانی‌مدت

در میدان، چندجانبه نگری داده‌ها (مصاحبه با گروه‌های متفاوت از مشارکت‌کنندگان پژوهش) انجام شد. همچنین صحت یافته‌های پژوهش توسط مصاحبه‌شوندگان به‌منظور تعیین آنکه آیا این پژوهش به شکل صحیح دیدگاه‌های آنان را درباره موضوع پژوهش تحت پوشش قرار داده است یا خیر موردبررسی قرار گرفت لذا قابلیت اطمینان پس از بازرسی و بازبینی داده‌ها، مستندسازی پژوهشگر در خصوص داده‌ها، روش‌ها و تصمیمات، چندجانبه نگری پژوهشگر انجام شد. جهت تأیید پذیری نیز به بررسی موازی نتایج و انعکاسی بودن آن‌ها پرداخته شد. براین اساس پژوهشگر طی انجام پژوهش، به‌منظور فراهم کردن نقدی درباره شیوه‌های به کار گرفته‌شده و بررسی نتایج و صحت آن‌ها، از یک محقق دیگر کمک گرفته است و از او خواست تا به بررسی یادداشت‌ها، مقوله‌بندی انجام‌شده با استفاده از فهرست مقوله‌ها که در حین پژوهش انجام‌شده است، بپردازد. در راستای قابلیت انتقال‌پذیری نیز وصف مفصل محیط و شرکت‌کنندگان و تنوع دیدگاه‌ها و تجارب گوناگون مصاحبه‌شوندگان انجام گردید و با بررسی‌های صورت گرفته در بستر سؤالات تحقیق، مطالعات نظری صورت گرفته و بررسی ابعاد موضوعی تحقیق در حین انجام مصاحبه‌ها قابلیت انتقال‌پذیری نیز تأیید گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری انجام گرفت در مرحله کدگذاری باز، با مراجعه به کدهای اولیه استخراج‌شده از مصاحبه‌ها (کدگذاری نکات کلیدی)، کدهایی که به موضوعی مشترک اشاره داشتند، گروه‌بندی شدند و مفاهیم را ساختند و از مقایسه و طبقه‌بندی آن‌ها نیز مقوله‌های محوری تعیین شدند. به‌طورکلی و به ترتیب مراحل انجام پژوهش شامل موارد شکل (۱) بوده است:



شکل ۱. مراحل انجام پژوهش

یافته‌ها

در مرحله کدگذاری باز همان‌طور که جدول (۱) نشان می‌دهد صاحب‌نظران در مصاحبه‌های ۱۸ گانه به طیف وسیعی از عوامل در پاسخ به سؤال‌های مصاحبه اشاره کردند و درنهایت با حذف مفاهیم مشابه، طیف گسترده‌ای از متن مصاحبه‌ها گرفته‌شده است به‌صورت واضح‌تر در این مرحله، مضمون‌های زیادی به دست آمد که با تلفیق و تقلیل آن‌ها با استفاده از فرایند رفت و برگشتی تحلیل داده‌ها، مجموعه کل کدهای اولیه به کدهای کمتری تقلیل یافتند به این‌گونه که به‌منظور جلوگیری از تکرار، تمام کدهای

اولیه تکراری یا مشابه که از لحاظ مفهومی بسیار به هم نزدیک بودند در یک مجموعه واحد قرار گرفتند و مفاهیمی را به وجود آوردند که مقولات را تشکیل دادند.

جدول ۱. کدهای باز و محوری حاصل از مصاحبه‌های تحقیق در مورد آموزش سلامت

| کد محوری | کد باز |
|----------------------|--|
| بهداشت عمومی | تشویق به رعایت عوامل بهداشتی توسط دانش آموزان |
| | توجه به بهداشت عمومی بچه‌ها هنگام ارزیابی آنان |
| | آموزش بهداشت عمومی در کلاس درس |
| | آموزش بهداشت عمومی طی برگزاری جلسات |
| | عدم آگاهی دانش آموزان از بحث سلامتی و بیماری |
| | نبود امکانات لازم برای رعایت بهداشت عمومی |
| | تقویت باورها و رفتارهای سالم |
| سلامت روانی | مشاوران با دانش در مدرسه |
| | شیوه تربیتی والدین |
| | پیگیر و دلسوز بودن مشاور |
| | شناخت دانش آموزان دارای اختلال توسط مشاور |
| | گفتگو با والدین بر سر مسائل تربیتی |
| | برقراری روابط درست عاطفی |
| | آموزش سازگاری با محیط و اطرافیان |
| | مطالعه داستان‌های دینی |
| | پرورش ابعاد روحی، معنوی و مذهبی |
| | حیا و غیراستاندارد |
| ایمنی در برابر حوادث | توپ نامناسب |
| | نبود تخصص کافی در مورد ایمنی در مدارس |
| | کمک‌های اولیه بلااستفاده |
| | هل دادن |
| | تنه زدن |
| | ساختمان کهنه |
| | دیوارهای فرسوده |
| | استانداردسازی فضاها |
| | آموزش و تذکر معلم به در مورد نکات ایمنی به دانش آموزان |
| | ایمن‌سازی ساختمان مدارس |
| | |

| | |
|----------------|---|
| | آموزش رفتاری توسط معلمان |
| سلامت جسمانی | عدم ایجاد انگیزه در دانش آموزان |
| | توجه محدود به سلامت دانش آموزان و کمک به آنها |
| | مشکلات مالی آموزش و پرورش مانع آموزش سلامت جسمی |
| | بی توجهی آموزش و پرورش به سلامت جسمانی |
| | عدم توجه و آگاهی اولیا در مورد سلامت جسمی |
| | بی توجهی به آموزش والدین کودکان |
| | بی تفاوتی دانش آموزان نسبت به سلامت جسمی |
| | کم کاری مدرسه در جهت توسعه سلامت جسمانی |
| | |
| سلامت تغذیه‌ای | ارتقا دانش در مورد غذاهای سالم |
| | آموزش و طبقه‌بندی ویتامین‌های مورد نیاز بدن |
| | آموزش نحوه درست صرف وعده‌های غذایی |
| | نظارت مدرسه بر توزیع مواد خوراکی |
| | راهنمایی مدیران مدرسه در گفتگو با دانش آموزان |
| | نظارت بر بوفه مدرسه |
| | بی تفاوتی نسبت به تغذیه دانش آموزان |
| | عدم آگاهی اولیا در مورد تغذیه سالم |
| | |

چنانکه جدول (۱) نشان می‌دهد، نتایج حاصل از یافته‌های مصاحبه در باب آموزش سلامت جسم در دوره ابتدایی در کدهایی نظیر عدم ایجاد انگیزه در دانش آموزان، توجه محدود به سلامت دانش آموزان و کمک به آنها، مشکلات مالی آموزش و پرورش مانع آموزش سلامت جسمی، بی توجهی آموزش و پرورش به سلامت جسمانی، عدم توجه و آگاهی اولیا در مورد سلامت جسمی، بی توجهی به آموزش والدین کودکان، بی تفاوتی دانش آموزان نسبت به سلامت جسمی و کم کاری مدرسه در جهت توسعه سلامت جسمانی، طبقه‌بندی شده است. به علاوه در باب آموزش سلامت تغذیه در دوره ابتدایی از منظر مدیران در کدهای ارتقا دانش در مورد غذاهای سالم، آموزش و طبقه‌بندی ویتامین‌های مورد نیاز بدن، آموزش نحوه درست صرف وعده‌های غذایی، نظارت مدرسه بر توزیع مواد خوراکی، راهنمایی مدیران مدرسه در گفتگو با دانش آموزان، نظارت بر بوفه مدرسه، حذف برنامه‌های مناسب از سوی آموزش و پرورش و عدم آگاهی اولیا در مورد تغذیه سالم طبقه‌بندی شده است. از سویی در آموزش ایمنی در برابر حوادث در دوره ابتدایی در کدهایی همچون فقدان امکانات مناسب ورزشی، نبود مشاور فنی در امور ایمنی، فقدان جعبه کمک‌های اولیه متناسب، آموزش رفتاری توسط معلمان و ایمنی ساختمان طبقه‌بندی شده است. نتایج حاصل یافته‌های مصاحبه در باب آموزش سلامت روانی در کدهای مشاور فعال و با دانش کافی، پیگیر و دلسوز بودن مشاور، گفتگو با والدین بر سر مسائل تربیتی، نقش مسئولین مدرسه در ارتقاء بهداشت روان، تقویت رفتار خوب، پرورش ابعاد روحی، معنوی و مذهبی و ورزش عاملی در جهت تقویت روحی و جسمی طبقه‌بندی شده است. همچنین نتایج مصاحبه‌ها در آموزش بهداشت عمومی در دوره در کدهای نیاز به ایجاد

میل به سلامت در بین دانش آموزان، نیاز به افزایش شناخت در مورد فلسفه بهداشت، نیاز به محیط ایمن و بهداشتی در مدرسه و نیاز به ارتقا فرهنگ سلامت طبقه بندی شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل مصاحبه ها نشان داد که در تحقیق حاضر آموزش سلامت در مدارس شامل پنج مؤلفه اصلی بهداشت عمومی، سلامت روانی، سلامت جسمانی، سلامت تغذیه ای، آموزش ایمنی در برابر حوادث می باشد. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق مردی کر و نظری فرد (۱۳۹۶) که نشان داد عدم فضای مناسب در مدرسه مانند آبخوری ها، دستشویی ها، وضعیت آب آشامیدنی، نحوه دفع فاضلاب، مدیریت زباله، ایمنی زمین های ورزش فضای سبز بر سلامت جسمی دانش آموزان تأثیر دارد همخوانی دارد. نتایج تحقیق حاضر همچنین با قسمتی از تحقیق زهتاب یزدی که عنوان کرد یکی از عوامل که سلامت دانش آموزان را در مدرسه به خطر می اندازد محیط ناسالم مدرسه است با قسمتی از تحقیق حاضر که بیان می دارد محیط نامناسب مدارس یکی از عوامل عدم به خطر انداختن سلامت جسمی دانش آموزان است همخوانی دارد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که از آنجایی که رشد و تعالی دانش آموز در گرو سلامت جسمی و سلامت روان دانش آموز نیز تا اندازه ای زیادی به مدرسه و بخصوص معلم وابسته است پس برای نائل شدن به اهداف سلامت جسمی و روانی دانش آموزان ضروری است که آموزش و پرورش در پذیرش معلمان دقت بیشتری به خرج دهد و تدابیری جهت افزایش سطح آگاهی معلمان در خصوص بهداشت جسمی و روانی بیندیشد.

از طرفی نتایج تحقیق شهبازی و همکاران (۱۳۹۲) صدر زاده و همکاران (۲۰۰۷)، ایزدی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که عادات بد غذایی دانش آموزان ناشی از بی توجهی آموزش و پرورش به سلامت تغذیه مدارس است که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. بر اساس نتایج به دست آمده می توان نتیجه گرفت که آموزش و پرورش با توجه به نقشی که در تأمین سلامت جسمی و روانی دانش آموزان و سایر ابعاد دارد لازم است به بحث آموزش تغذیه توجه ویژه ای داشته باشد که برنامه ای جامع آموزش سلامت مدارس ابعاد وسیعی از سلامت در محیط آموزشی را شامل می شود و تمامی جنبه ها از جمله محیط مدرسه، آگاهی کارکنان مدرسه و اولیا دانش آموزان و سلامت و بررسی روند تغییرات مخاطره آمیز سلامت مثل عدم رعایت بهداشت فردی، بی تحرکی را شامل می شود، برنامه ریزی برگزاری کارگاه های آموزش اصول تغذیه و تأمین غذای سالم و بهداشتی و جبران کمبودهای غذایی احتمالی در سنین مدرسه ضمن آنکه کودکان و نوجوانان را برای گذراندن موفقیت آمیز و توأم با سلامت دوران بلوغ آماده می کند به سبب تأثیر بر فعالیت های ذهنی و هوشی آنان بازده آموزشی مدرسه را نیز ارتقاء می بخشد.

بدیهی است، بررسی دوره ای و منظم وضعیت بهداشت و ایمنی مدارس با توجه بیشتر به وضعیت مناسب ارگونومی جهت پیشگیری از بروز بیماری های اسکلتی و نیز توجه بیشتر به آموزش در زمینه اطفاء حریق با نظارت مدیران مدرسه و انعکاس موارد نقض به سازمان و پیگیری های لازم، پیش بینی اعتبار لازم برای بهبود وضعیت بهداشت محیط، ایمنی و ارگونومی مدارس دارای اهمیت می باشد. بر اساس اینکه، بیشتر مدارس ایران از نظر وضعیت بهداشت محیط بر اساس آیین نامه بهداشت محیط مدارس دارای وضعیت بهداشتی نامطلوبی هستند باید از سوی مسئولین ذی ربط مورد توجه قرار گیرند تا شاهد بهبود و ارتقاء وضعیت بهداشتی مدارس باشیم.

بهداشت روانی و سلامت روانی یکی از مقوله‌های مهم روان‌شناسی است که فرد باید به آن توجه زیادی داشته باشد و برقراری سلامت روانی و بهداشت در زندگی باعث می‌شود که فرد از هرگونه اضطراب و نگرانی و تشویش در زندگی دور باشد و یا حتی در برخورد با این موانع بتواند راه‌حلی درست را با تفکر صحیح انتخاب کند و گاهی عواملی وجود دارد که باعث دوری از این ناراحتی‌ها باشد و بهداشت روانی و سلامت آن را بالا ببرد که مانند ورزش و تمایل به ورزش خود می‌تواند سلامت روانی افراد را بیشتر کند و فرد نسبت به روان خود و رعایت بهداشت آن جهت سالم زندگی کردن امیدوار باشد به این صورت که برنامه خود را تنظیم کند و حتماً به آن رعایت کند. تأثیر معلم در تربیت دانش‌آموز بر هیچ‌کس پوشیده نیست، تماس نزدیک بین معلم و دانش‌آموز و نفوذی که معلم بر دانش‌آموز دارد نقش مهمی در علامت‌فکری و روانی ایشان ایفا می‌کند و ممکن است به شیوه‌های گوناگون مثل تقلید الگوسازی و گاهی اوقات همانندسازی بروز کند. معلم باید علاوه بر نقش تربیتی و پرورشی که در مدارس انجام می‌دهد الگودهی را به‌عنوان یک ابزار تربیتی مورد استفاده قرار دهد. معلم به‌دقت، تفکر دانش‌آموزان را تحت نظر قرار می‌دهد در مواقع مناسب توجه آنان را به‌کل هستی و مبدأ خلقت جلب نماید و همچنین با رفتار خود ارزش‌ها را در دانش‌آموزان درونی سازد. روان‌شناسان و مربیان تعلیم و تربیت معلم را مرجع واقعیت برای کودک می‌دانند، در این حیطه از آنان انتظار می‌رود رفتار فعالیت‌های معمولی خویش را بر اساس اصول و ضوابط سلامت روان مورد آزمون و ارزشیابی قرار دهند و با آزمون نگرش‌ها و احساسات، ارزش‌ها و رفتار خویش از سویی و مشاهده‌ی کودکان و تعبیر و تفسیر رفتار آنان و کشف مشکلاتشان می‌توانند موفقیت‌های آموزشی را در جهت مثبت، پیشگیری و یا درمانی از نو سازمان دهند. شناخت توانایی‌ها، نیازها، ناسازگاری‌ها و ویژگی‌های رفتار و خصوصیات روانی کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این شناخت باعث درک کودکان می‌شود و همچنین زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی و به کار بردن امکانات آموزشی و پرورشی می‌شود، مادامی که کودکان نتوانند تحمل کردن مدرسه را یاد بگیرند کوشش در زمینه‌ی یادگیری آنان بی‌ثمر خواهد بود. کودکان آسیب‌پذیر از لحاظ عاطفی را نمی‌توان مجبور به شرکت در فعالیت‌های مدرسه کرد مگر آن‌که بتوانند معلم و مدرسه را بپذیرند و به آن اطمینان و اعتماد کنند، فشار بر چنین کودکانی تنها بر اساس تهدید در آنان می‌افزاید و این افزایش به‌نوبه‌ی خود اضطراب نفرت و اشکال مختلف رفتار منفی‌گرایانه را در آنان تشدید می‌کند.

درمجموع می‌توان گفت مدرسه فضای اجتماعی خاصی است که آموزش و رشد شخصیت دانش‌آموزان در آن پایه‌گذاری و اداره می‌شود بنابراین توجه به مسائل و فاکتورهای فیزیکی و بهداشتی و ایمنی در محیط‌های آموزشی مؤثرترین و اساسی‌ترین عامل رشد طبیعی از نظر جسمی، روانی و فراگیری مطالب در دانش‌آموزان است. با توجه به این‌که دانش‌آموزان زمان نسبتاً زیادی از اوقات خویش را در مدرسه می‌گذرانند و هرگونه کم‌توجهی در حفظ و تأمین سلامتی آن‌ها باعث بروز ضایعه‌ای جبران‌ناپذیر خواهد شد. پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های در مدارس جهت آگاه کردن دانش‌آموزان به سلامت و تغذیه برگزار شود. پیشنهاد می‌شود که مسئولین آموزش و پرورش نسبت به وضعیت رعایت اصول بهداشتی ساختمانی مدارس نظارت کافی داشته باشند تا حد استاندارد ارتقا دهند و کلیه آیت‌های آیین‌نامه کشوری را تا حد امکان در این مدارس رعایت کنند تا دانش‌آموزان بتوانند استعداد خود را به‌خوبی شکوفا کنند.

منابع

- پرتو، مسلم (۱۳۹۵). بررسی وضعیت محتوای برنامه درسی سلامت و تربیت بدنی پایه ششم از دیدگاه متخصصان و معلمان، *اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.
- مردی کر، ابوالفضل و سعید نظری فرد (۱۳۹۶). نقش مدرسه در ارتقای بهداشت سلامت جسمی روحی دانش آموزان، همایش ملی آسیب شناسی نظام آموزشی کشور، تبریز، موسسه علمی پژوهشی دانش پژوهان پویای پردیس ایرانیان.
- احمدی، زهرا؛ لیتکوهی، زهرا؛ سیدفاطمی، نعیمه؛ حقانی، حمید. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر آموزش بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان. *مجله پرستاری کودکان*، ۷ (۴)، ۹-۱۷.
- ایزدی، صمد؛ صالحی، عمران؛ ابراهیم، فتحی واجارگاه، کورش، عابدینی بلترک، میمنت. (۱۳۸۹). تجزیه و تحلیل محتوای کتاب های درسی دوره ابتدایی بر اساس مؤلفه های آموزش سلامت. *نوآوری های آموزشی*، ۹ (۱)، ۱۳۹-۱۶۲.
- صفابخش، لیلا؛ ناظم زاده، مهشید. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش ارتقای سلامت بر شیوه زندگی دانش آموزان مقطع دبیرستان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳ (۱)، ۶۵-۵۸.
- عظیمی، محمد؛ ادیب، یوسف؛ مطلبی، حسین. (۱۳۹۶). برنامه درسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت کل کتب دوره ششم ابتدایی بر اساس مفروضه های نظام سلامت. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۰ (۲)، ۹۱-۱۰۲.
- عظیمی، محمد. (۱۳۹۹). طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در دوره دبستان بر اساس مفروضه های نظام سلامت. *مطالعات برنامه درسی*، ۱۵ (۵۹)، ۳۱-۶۲.
- Cliff, D. P., Reilly, J. J., & Okely, A. D. (2009). Methodological considerations in using accelerometers to assess habitual physical activity in children aged 0–5 years. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(5), 557–567.
- Fees, B. S., Fischer, E., Haar, S., & Crowe, L. K. (2015). Toddler activity intensity during indoor free-play: stand and watch. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(2), 170–175.
- Fernández-Jiménez, R., Briceño, G., Céspedes, J., Vargas, S., Guijarro, J., Baxter, J., ... & Fuster, V. (2020). Sustainability of and adherence to preschool health promotion among children 9 to 13 years old. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(13), 1565-1578.
- Goldfield, G. S., Harvey, A., Grattan, K., & Adamo, K. B. (2012). Physical activity promotion in the preschool years: A critical period to intervene. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1326–1342.
- Herman, K. M., Craig, C. L., Gauvin, L., & Katzmarzyk, P. T. (2009). Tracking of obesity and physical activity from childhood to adulthood: The physical activity longitudinal study. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4, 281–288.
- Kurowicka, E. (2019). Health education and health promotion among preschool children. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(7), 497-506.
- Lafave, L., Webster, A. D., & McConnell, C. (2021). Impact of COVID-19 on early childhood educator's perspectives and practices in nutrition and physical activity: A qualitative study. *Early Childhood Education Journal*, 49(5), 935-945.

- Lamanauskas, V., Malinauskienė, D., & Augienė, D. (2021). Health Education in Pre-school Institution: Integration, Effectiveness, Improvement. *EURASIA Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 17(12), em2046.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Enrolment in childcare and pre-school. OECD Family Database. http://www.oecd.org/els/soc/PF3_2_Enrolment_childcare_preschool.pdf
- Poitras, V. J., Gray, C. E., Janssen, X., Aubert, S., Carson, V., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Reilly, J. J., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(5), 868.
- Siraj, I., Kingston, D., Neilsen-Hewett, C., Howard, S., Melhuish, E., de Rosnay, M., & Luu, B. (2017). Fostering effective early learning study. Early Start Research Institute, University of Wollongong and NSW Department of Education.
- Slot, P. (2018). Structural characteristics and process quality in early childhood education and care (OECD Education working papers No. 176). Organisation for Economic Co-operation and Development.
- World Health Organization. (2016). Report of the commission on ending childhood obesity. Retrieved from <https://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en>
- World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>
- Zhang, Z., Kuzik, N., Adamo, K. B., Ogden, N., Goldfield, G. S., Okely, A. D., ... & Carson, V. (2021). Associations Between the Child Care Environment and Children's In-Care Physical Activity and Sedentary Time. *Health Education & Behavior*, 48(1), 42-53.
- Zhang, Z., Sousa-Sá, E., Pereira, J. R., Okely, A. D., Feng, X., & Santos, R. (2019). The associations between environmental characteristics of early childhood education and care centers and 1-year change in toddlers' physical activity and sedentary behavior. *Journal of Physical Activity & Health*, 16(11), 1000–1006.