

Comparison of Declared Performance of Primary School Girl Students in the Context of Individual Health Behavior in Health Promoting Schools (HPS) and Ordinary Schools in 3rd District of Karaj (Iran)

Marzieh Amini^{1*}, Mahtab Salimi², Mansooreh Tajvidi³

¹Department of Education, Karaj, Iran.

²Faculty of Psychology, Branch karj, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

³Faculty of Nursing & Midwifery, Branch karj, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Health promoting school project that is a health promotion system, is being conducted in some schools in Iran. The purpose of the present research was to compare the performance declared by primary school girl students in the context of individual health behavior in health promoting schools (HPS) and ordinary schools in 3rd district of Karaj.

Methods: This descriptive (causal-comparative) study, was performed on 378 elementary school girl students in Karaj 3rd district. A researcher-made questionnaire was used to assess the efficacy of variables used in the study. Content validity of the questionnaire was approved by the experts. Reliability of the questionnaire was estimated to be 91% based on the Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using independent t-test. The significance level was considered $p < 0.05$.

Results: In individual health behavior, there was a significant difference at 1% level in the health component of physical activity between HPS and ordinary schools ($p < 0.01$), and there were significant differences between HPS and ordinary schools in health components of nutrition sanitary, self-care, creative thinking and problem solving, attention and self-expression skill, encouragement, and risky behavior.

Conclusion: In this study, the results of the students' declared performance indicated no difference between HPS in most of the components of individual health behavior components in the studied schools; therefore, revision seems to be necessary for more effectiveness and success of the project.

Keywords: Education; Health education; Individual sanitation, Students; Health promotion.

*Corresponding Author:
Marzieh Amini, Department of Education, Karaj, Iran.

Email:
arkoocheki@yahoo.com

Received: 27 Jul, 2016

Accepted: 20 Sep, 2016

مقایسه عملکرد اظهارشده دانش آموزان دختری ابتدایی در زمینه رفتار بهداشتی فردی در مدارس طرح مروج سلامت و مدارس عادی ناحیه سه کرج

مرضیه امینی^{۱*}، مهتاب سلیمی^۲، منصوره تجویدی^۳

چکیده

^۱ اداره آموزش و پرورش، کرج، ایران.

^۲ دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۳ دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

زمینه و هدف: طرح مدرسه مروج سلامت (HPS)، که به منزله یک نظام برای ارتقای سلامت است، در برخی مدارس کشور در حال اجرا می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای عملکرد اظهارشده دانش آموزان دختری ابتدایی در زمینه رفتار بهداشتی فردی در مدارس طرح مروج سلامت و مدارس عادی ناحیه سه کرج صورت گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر به روش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بر روی ۳۷۸ نفر از دانش آموزان دختری ناحیه سه کرج انجام شد. به منظور سنجش و اثربخشی متغیرهای مورد استفاده در پژوهش، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شد. پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، معادل ۰/۹۱ برآورد گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، $p < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در رفتار بهداشت فردی، بین مؤلفه بهداشتی تحرک فیزیکی در مدارس مروج سلامت با مدارس عادی در سطح ۰/۱٪ تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در مؤلفه‌های بهداشتی تغذیه، مراقبت از خود، تفکر خلاق و حل مسئله، مهارت توجه و ابراز وجود، تشویق و رفتار پرخطر، تفاوت معنی‌داری در مدارس مروج سلامت با مدارس عادی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نتایج عملکرد اظهارشده دانش آموزان، نشان‌دهنده عدم تفاوت طرح مروج سلامت در بیشتر مؤلفه‌های رفتار بهداشت فردی در مدارس مورد بررسی بود. بنابراین، بازنگری و تجدیدنظر برای اثربخشی و موفقیت بیشتر طرح مذکور، ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: آموزش و پرورش؛ آموزش بهداشت؛ بهداشت فردی؛ دانش آموزان؛ ارتقای سلامت.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

مرضیه امینی، اداره آموزش و پرورش، کرج، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

arkoocheki@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Amini m, Salimi m, Tajvidi m. Comparison of declared performance of primary school girl students in the context of individual health behavior in health promoting schools (HPS) and ordinary schools in 3rd district of Karaj (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018;11(11):104-111. [Full Text in Persian]

مقدمه

بهداشت فردی یک ابزار پیشگیرانه در حوزه سلامت بوده که به‌عنوان نقطه عطفی در سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مورد توجه است (۱). رعایت پاکیزگی موجب حفاظت از فرد در مقابل ایجاد بیماری ناشی از انگل‌های خارجی یا ترشحات و مواد آلوده موجود در محیط می‌شود (۲).

بهداشت مدارس در سیاست بهداشتی و راهبرد کلی سرمایه‌گذاری‌های بهداشتی درمانی کشور و مجموعه برنامه‌های توسعه و رفاه اجتماعی، جایگاه و اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا مدرسه بعد از خانواده مهم‌ترین نقش را در سلامت کودک ایفا می‌کند (۳).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت: بهداشت مدارس مجموعه اقداماتی است که به‌منظور تشخیص، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و کارکنان مدارس به اجرا درمی‌آید و هدف کلی بهداشت مدارس نیز آموزش و پرورش کودکانی سالم است که دارای رشد طبیعی باشند و هیچ‌گونه اختلالی در آنان از نظر فکری، جسمی و عاطفی مشاهده نشود (۴).

در ایران اجرای طرح مروج سلامت که در برخی از مدارس هم‌اکنون در حال اجرا است به صدور بیانیه "اوتاوا" برمی‌گردد که در پایان یک نشست بین‌المللی درباره ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۶ میلادی شکل گرفت. این بیانیه بر تدارک محیط آموزشی امن برای دانش‌آموزان، کارکنان مدرسه و تبدیل مدرسه به محلی برای ارتقای سلامت و اقدامات اجرایی مرتبط تأکید داشت (۵). بنابراین، نظریه مدارس مروج سلامت یک مقوله بین‌المللی است؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از کشورهای دنیا با حمایت از برنامه‌های مرتبط با این مدارس، در راستای ارتقای سلامت گام برمی‌دارند.

کشور ایران با جمعیت دانش‌آموزی ۱۸ میلیون نفر، یکی از جوان‌ترین جوامع معاصر است. بنابراین در جامعه‌ای با این ساختار جمعیتی، آموزش بهداشت فردی و اجتماعی، دو موضوع مهم پیش‌روی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران خواهد بود (۶). کودکانی که مهارت‌های اجتماعی کافی کسب کرده‌اند در ایجاد ارتباطات با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی، موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت‌ها می‌باشند (۷).

مراقبت از خود شامل: رعایت قواعد ساده رفتاری در رابطه با رژیم غذایی، خواب، ورزش، وزن بدن، مصرف دخانیات، الکل و داروها، توجه به بهداشت فردی، ترویج عادات و سبک زندگی مفید برای سلامتی، پذیرش معاینات پزشکی، ایمن‌سازی، تشخیص زودرس و درمان است (۸). پژوهش‌های مختلفی در زمینه تأثیر طرح مروج سلامت انجام شده، که هر کدام از منظر خاصی به این موضوع پرداخته‌اند.

طولابی‌فر و همکاران در تحقیقی با عنوان "تأثیر استقرار طرح مروج سلامت بر شاخص‌های بهداشتی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی منطقه ۱۷ شهر تهران در سال ۱۳۹۴" دریافتند در خصوص شاخص‌های بهداشتی خدمات بالینی و تحرک فیزیکی بین مدارس مروج سلامت و مدارس عادی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی در رابطه با برخی شاخص‌های بهداشتی مانند مشارکت والدین، بهبود تغذیه و...، تفاوت معنی‌داری مشاهده نکردند (۹).

دهقان‌پور و همکاران نیز در پژوهشی با بررسی تأثیر اجرای طرح مدارس مروج سلامت بر بهداشت محیط و عوامل فیزیکی مدارس در استان یزد، بیان کردند طرح مروج سلامت تغییر چندانی در بهبود وضعیت محیط و شرایط فیزیکی مدارس ایجاد نمی‌کند (۱۰). حافظی در مطالعه‌ای با مقایسه بهداشت محیط مدارس با رویکرد ارتقای سطح آموزش ملی در مدارس ابتدایی دخترانه (دارای مربی بهداشت و فاقد مربی بهداشت) در ۲۰۰ مدرسه ابتدایی در سطح کشور، نشان داد در بسیاری از مؤلفه‌های بهداشتی از جمله بهداشت محیط مدرسه، تغذیه، ایمنی، مراقبت و...، تفاوت معنی‌داری در مدارس دارای مربی بهداشت با مدارس فاقد مربی بهداشت وجود دارد (۱۱).

تأثیر مثبت آموزش بهداشت در ارتقای آگاهی دانش‌آموزان در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است. Suzanne و همکاران با بررسی آموزش بهداشت از جمله تحرک فیزیکی، بر روی ۲۳۲ دانش‌آموز ابتدایی در کانادا (با برنامه ۳-۲ ساعت در هفته)، نتیجه گرفتند آموزش‌ها در این زمینه مؤثر بوده است (۱۲). با توجه به نوپا بودن طرح مروج سلامت در کشور، لزوم ارزیابی و بررسی اثربخشی آن نیز ضروری به‌نظر می‌رسد. هدف از اجرای این تحقیق بررسی مقایسه‌ای عملکرد اظهارشده دانش‌آموزان دختر ابتدایی در زمینه رفتار بهداشتی فردی در مدارس طرح مروج

سلامت و مدارس عادی در ناحیه سه کرج بود.

روش بررسی

این تحقیق با هدف کاربردی و به روش توصیفی (از نوع علی - مقایسه‌ای) در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری شامل کل دانش‌آموزان دختر ناحیه سه کرج، به تعداد ۲۴۱۸۷ نفر بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران معادل ۳۷۸ نفر محاسبه گردید که از این تعداد ۱۸۹ نمونه برای مدارس مروج سلامت و ۱۸۹ نمونه برای مدارس عادی در نظر گرفته شد. به منظور سنجش و اثربخشی متغیرهای مورد استفاده در پژوهش، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. پرسشنامه بهداشت فردی براساس اهداف و اجزای ۸ گانه طرح مروج سلامت با ۷ مؤلفه و ۳۰ سؤال با طیف مقیاس پنجگانه لیکرت (خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد) به ترتیب با امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته شد. مؤلفه‌های بهداشت فردی شامل: بُعد تحرک فیزیکی (۴ سؤال)، بُعد تغذیه (۵ سؤال)، بُعد مراقبت از خود (۵ سؤال)، بُعد تفکر خلاق و حل مسئله (۴ سؤال)، بُعد بهداشتی مهارت توجه و ابراز وجود (۴ سؤال)، بُعد تشویق (۳ سؤال) و بُعد رفتار پرخطر (۴ سؤال) بود.

مجوز ارائه پرسشنامه با هماهنگی و معرفی‌نامه از دانشکده روانشناسی کرج، اداره کل آموزش و پرورش و اداره ناحیه سه کرج گرفته شد. پس از دریافت لیست مدارس و دانش‌آموزان دختر تحت پوشش طرح مروج سلامت و مدارس عادی از اداره آموزش و پرورش مربوطه، تعداد ۱۰ مدرسه از هر گروه به‌طور تصادفی و با قرعه‌کشی انتخاب شدند. مدارس انتخابی در سطح منطقه به‌صورت پراکنده، تقریباً نمونه‌ای از کل جامعه را تشکیل می‌دادند. پرسشنامه‌ها با رضایت آگاهانه از نمونه‌ها (شامل دانش‌آموزان دختر پایه‌های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی در مدارس انتخابی) تکمیل شدند.

روایی محتوایی پرسشنامه (حاصل چند بار ویرایش) مورد تأیید متخصصان، اساتید دانشکده‌های روانشناسی و پرستاری و مامایی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با انتخاب ۳۰ نمونه از دانش‌آموزان پایه‌های چهارم، پنجم و ششم که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند، آزمون گردید و پایایی یا قابلیت اطمینان پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که براساس آن، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۱ به دست آمد. در این پژوهش مطالب نظری از طریق کتابخانه‌ای، اسنادی و جمع‌آوری داده‌ها به روش میدانی (توزیع پرسشنامه) انجام گرفت. داده‌های کمی به‌صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون تی مستقل در سطح معنی‌داری، $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۷۸ دانش‌آموز دختر مقطع ابتدایی شهر کرج شرکت داشتند. براساس یافته‌های توصیفی تحقیق، از بین دانش‌آموزان مورد بررسی، ۲۵٪ از پاسخ‌دهندگان در پایه چهارم، ۳۵٪ در پایه پنجم و ۴۰٪ در پایه ششم ابتدایی مشغول به تحصیل بودند که به‌طور یکسان در هر دو گروه مدارس در نظر گرفته شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف استفاده شد که با توجه به نرمال بودن داده‌ها براساس نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف، از آزمون تی مستقل استفاده گردید.

طبق جدول، نتایج آزمون دو نمونه مستقل نشان داد تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۱ بین مؤلفه تحرک فیزیکی در مدارس مروج سلامت و مدارس عادی وجود دارد؛ در صورتی که بین مؤلفه‌های تغذیه، مراقبت از خود، تفکر خلاق و حل مسئله، مهارت توجه و ابراز وجود، تشویق و رفتار پرخطر، تفاوت معنی‌داری در مدارس مروج سلامت و مدارس عادی وجود نداشت.

جدول: نتایج حاصل از اجرای آزمون تی مستقل برای مقایسه مؤلفه‌های تحقیق در مدارس مروج سلامت و مدارس عادی					
مؤلفه	مدارس مروج سلامت		مدارس عادی		P
	میانگین ± انحراف معیار	نسبت t	میانگین ± انحراف معیار	درجه آزادی df	
تحرک فیزیکی	۳/۳۶±۱/۱۵	۹/۷۱	۲/۷۸±۱/۱۹	۱۵۱۰	۰/۰۰۰۱
تغذیه	۴/۰۴±۱/۱۷	۰/۲۹۹	۴/۰۲±۱/۲۹	۱۸۸۸	۰/۷۵۶
مراقبت از خود	۳/۸۵±۱/۲۹	-۰/۳۵	۳/۸۵±۱/۳۵	۱۸۸۸	۰/۹۷۲
تفکر خلاق و حل مسئله	۳/۸۱±۱/۰۱	۱/۱۴۶	۳/۷۵±۱/۱۰	۱۵۱۰	۰/۲۵۲
مهارت توجه و ابراز وجود	۳/۷۹±۱/۰۸	۰/۳۷۴	۳/۷۷±۱/۱۷	۱۵۱۰	۰/۷۲۹
تشویق	۳/۵۰±۱/۱۸	۱/۶۶۹	۳/۳۷±۱/۳۱	۱۱۳۲	۰/۰۹۰
رفتار پرخطر	۳/۵۴±۱/۵۵	۱/۰۷۴	۳/۴۶±۱/۶۰	۱۸۸۸	۰/۲۸۳

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بین عملکرد اظهار شده دانش آموزان در بیشتر مؤلفه‌های بهداشت فردی (بجز تحرک فیزیکی) در مدارس مروج سلامت و مدارس عادی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ از این رو به نظر می‌رسد اجرای طرح مروج سلامت از نظر بهداشت فردی، در مدارس ابتدایی دخترانه ناحیه سه کرج تأثیرگذار نبوده است. دلایل زیادی برای عدم توفیق طرح مذکور می‌تواند مطرح گردد که مهم‌ترین آنها عدم مدیریت کارآمد، نبود آموزش‌های مستمر به واسطه عدم حضور کامل مربیان بهداشت در طول هفته، عدم توفیق طرح در جلب مشارکت اولیای دانش آموزان، مدرسه و دانش آموزان در اجرای طرح مروج سلامت در حوزه مورد پژوهش می‌باشد. مدیریت در این برنامه از اجزای مهم به شمار می‌رود. O Hara در مطالعه خود تأکید می‌کند اگرچه بودجه در اجرای این برنامه مهم است، ولی کافی نخواهد بود و از آن مهم‌تر مدیریت، رهبری، همکاری و یک‌پارچگی در شاخص‌های HPS می‌باشد (۱۳).

با وجود تلاش‌ها و موفقیت‌های سال‌های اخیر، هنوز تعدادی از مدارس کشور فاقد امکانات و تسهیلات بهداشتی بوده و فضاهای آموزشی از استانداردهای لازم برخوردار نیستند، همچنین هنوز بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مختلف چشم، دهان و دندان، بیماری‌های انگلی، کمبودهای تغذیه‌ای و در نهایت، اختلالات رفتاری، سلامت دانش آموزان را تهدید می‌کند و موجب مشکلاتی در فراگیری و افت تحصیلی آن‌ها می‌شود (۳). به نظر می‌رسد نقش مشارکت دانش آموزان، والدین و مدیران مدارس در موفقیت طرح مروج سلامت بسیار تأثیرگذار است. در این رابطه می‌توان به تحقیق Aynchly و همکاران اشاره کرد که

نشان دادند عدم مشارکت جدی دانش آموزان، والدین، مدیران مدارس و مدیران ارشد آموزش و پرورش می‌تواند طرح مروج سلامت را با شکست روبرو کند (۱۴). همچنین در تحقیق کشاورز (۱۵) مشخص گردید عدم جلب مشارکت دانش آموزان و والدین تا حد زیادی تأثیر طرح مروج سلامت بر بهبود شاخص‌های بهداشتی دانش آموزان را کاهش می‌دهد. تحقیق کوچکی (۱۶) نیز نشان داد آموزش‌های ارائه شده به دانش آموزان در قالب طرح مروج سلامت، بر سلامت روان آنها تأثیر معنی‌داری نداشته است. تحرک فیزیکی و فعالیت‌های بدنی یکی دیگر از اجزای این برنامه است که در این مطالعه نشان از تأثیر مثبت در مدارس مشخص کردن زمانی برای انجام حداقل فعالیت فیزیکی دانش آموزان در مدرسه، داشتن برنامه‌هایی برای تشویق دانش آموزان به انجام فعالیت فیزیکی و در اختیار قرار دادن امکانات مناسب برای دانش آموزان جهت انجام فعالیت‌های ورزشی داشت. در گزارش مجله مردم سالم (۱۷)، افزایش فعالیت فیزیکی در جوانان، در صدر اولویت‌های بهداشتی قرار گرفته است. در این گزارش اشاره شده بی‌تحرکی و فعالیت فیزیکی ناکافی می‌تواند منجر به افزایش بیماری‌های مزمن، به خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و پوکی استخوان شود. نتایج این پژوهش از بُعد تحرک فیزیکی با نتایج Suzanne و همکاران و طولی فرد و همکاران همخوانی داشت (۹، ۱۲).

ارزیابی تغذیه‌ای، از شاخص‌های دیگر این برنامه است و نشان از عدم تأثیر طرح مروج سلامت بر این شاخص دارد. عادات و رفتارهای تغذیه‌ای از دوران کودکی شکل می‌گیرند و با اصلاح آن در سال‌های اولیه زندگی، به خصوص در محیط‌های آموزشی می‌توان مانع بروز بیماری‌ها در بزرگسالی شد.

دریافتند با آموزش، رفتارهای خشونت‌آمیز مثل زدن و هل دادن به‌نحو چشمگیری کاهش یافته و البته رفتارهای جامعه‌پسندانه مثل هم‌دردی، عذرخواهی از دیگران در صورت ارتکاب اشتباه و تشویق دیگران به رفتارهای مناسب اجتماعی افزایش می‌یابد، همخوانی نداشت (۲۲). کیخایی و همکاران در تحقیقی با بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان دختر ابتدایی زابل براساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی ۲۸۷ دانش‌آموز، به این نتیجه رسیدند که با آموزش مناسب و با روش آموزش همسالان که مشارکت خود دانش‌آموز را به عهده داشت، باعث تقویت ادراکات و افزایش حس توانمندی، همچنین تأثیر خودکارآمدی می‌شود (۲۳).

به نظر می‌رسد عدم همخوانی نتایج برخی از مؤلفه‌های این پژوهش با برخی یافته‌های محققین، به دلیل تفاوت در شرایط مکانی، زمانی، جنسیت، سن و **مقطع تحصیلی بوده است.**

براساس اصل حمایت همه‌جانبه که یکی از اصول مهم برای ارتقای سلامت است، مداخلاتی که تمامی سطوح جامعه از قبیل خانواده‌ها، مدارس، اعضای جوامع محلی، سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، وسایل ارتباط جمعی و ... را درگیر کنند موفق‌تر هستند (۱۶). با توجه به اینکه اجرای طرح مروج سلامت، قدمت زیادی در کشور ندارد و مطالعات زیادی نیز در این زمینه انجام نشده، بهتر است تحقیقات مشابه و مکمل در کرج و سایر مناطق به عمل آید تا بتوان در ارتباط با نقاط قوت و ضعف طرح به نتایج بهتری دست یافت. این مطالعه اولین بررسی طرح در شهرستان کرج بود که از نقاط قوت آن محسوب می‌شود.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه حجم زیاد نمونه (۳۷۸ نفر) و محدودیت زمانی و مکانی بود که با توجه به آن، روش مشاهده‌ای عملی نشد؛ لذا از روش پرسشنامه استفاده گردید. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به عدم اطلاع از میزان صداقت آزمودنی‌ها در پاسخ دادن به سؤالات، عدم پاسخ‌دهی دقیق به سؤالات به‌علت سن دانش‌آموزان، عدم همکاری و یا محافظه‌کاری برخی از همکاران، به‌ویژه در مدارس غیردولتی اشاره کرد.

در بهبود و تغییر این رفتار بر آموزش به‌عنوان یک جزء کلیدی برنامه‌های ارتقای سلامت تأکید زیادی شده است. لازم به ذکر است ارزش برنامه‌های آموزشی به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی داشته و اثربخشی این برنامه‌ها نیز مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌ها وابسته است (۱۸). از بُعد تغذیه، **یافته‌های این پژوهش** با نتایج طولابی‌فرد و همکاران (۹) مطابقت داشت و با نتایج حافظی همسو نبود (۱۱). مراقبت از خود شامل: رعایت قواعد ساده رفتاری در رابطه با رژیم غذایی، خواب، ورزش، وزن بدن، مصرف دخانیات، الکل و داروها، توجه به بهداشت فردی، ترویج عادات و سبک زندگی مفید برای سلامتی، پذیرش معاینات پزشکی، ایمن‌سازی، تشخیص زودرس، درمان و... می‌باشد (۸). از نظر مؤلفه مراقبت از خود، نتایج پژوهش با یافته‌های حافظی همخوانی نداشت (۱۱). کودکانی که مهارت‌های اجتماعی کافی کسب کرده‌اند در ایجاد **ارتباط با همسالان** و یادگیری در محیط آموزشی، موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت‌ها می‌باشند (۷). از نظر مؤلفه تفکر خلاق و حل مسئله، **یافته‌های این پژوهش** با نتایج Chinaveh که نشان داد آموزش مهارت حل مسئله باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان از طریق افزایش نگرش مثبت به حل مسئله و ترویج تغییرات مثبت در عملکرد مقابله‌ای می‌شود (۱۹) و نیز بخشایش و همکاران که در پژوهشی با بررسی اثر آموزش مهارت حل مسئله بر روی کاهش مشکلات رفتاری، بر روی ۸۵ دانش‌آموز دوره راهنمایی در یزد نشان دادند آموزش بر روی گروه آزمایشی مؤثر بوده است، همخوانی نداشت (۲۰). از بُعد مؤلفه مهارت توجه و ابراز وجود، نتایج پژوهش با یافته‌های Verduyn و همکاران که نشان دادند دریافت آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب بهبودی قابل‌توجهی در فعالیت‌ها و رفتارهای اجتماعی دانش‌آموزان، همچنین اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود، همخوانی نداشت (۶). همکاری، مشارکت با دیگران، کمک‌کردن، آغازگر رابطه بودن، تقاضای کمک‌کردن، تعریف، تمجید و قدردانی کردن، مثال‌هایی از مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی است (۲۱). از نظر **مؤلفه تشویق و رفتار پرخطر**، نتایج پژوهش با یافته‌های Denham و همکاران که در پژوهش خود بر روی ۷۹۰ دانش‌آموز سال

دوم و سوم دبستان

نتیجه گیری

در این مطالعه، نتایج عملکرد اظهارشده دانش آموزان، نشان دهنده عدم تفاوت طرح مروج سلامت در بیشتر مؤلفه های رفتار بهداشتی فردی در مدارس مورد بررسی بود که بازنگری و تجدیدنظر برای ایجاد ساز و کار لازم از جنبه های مختلف مدیریتی، آموزشی و مالی جهت اثربخشی و موفقیت بیشتر طرح مذکور، ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله از مسئولین دانشکده های روانشناسی و پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج و مسئولین اداره کل آموزش و پرورش استان البرز به جهت هماهنگی لازم در انجام پژوهش، کمال تشکر و سپاس را دارند.

References:

1. Marcondes RS, Candeias NM. From hygiene to public health education. *Int Q Community Health Educ* 1983;4(2):137-43.
2. Holt GR. Importance of personal hygiene techniques in public health. *South Med J* 2012;105(1):5.
3. Ramezankhani A. Comprehensive book of public health. Tehran: Shahid Beheshtii University; 2013. p. 1776-94. [Text in Persian]
4. Helmsersht P, Delpisheh A. Health schools. Tehran: Chehr Pub; 2006. p. 102. [Text in Persian]
5. WHO. The Ottawa charter for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.
6. Verduyn CM, Lord W, Forrest GC. Social Skills training in school: An evaluation study. *J Adolesc* 1990;13(1):3-16.
7. Çifcitekinarslan I, Sucuoğlu B. Effectiveness of cognitive process approached social skills training program for people with mental retardation. *Int J Spec Educ* 2007;22(2):101-8.
8. Ildarabadi E. Community health nursing. Jame-e-Negar Pub; 2011. p. 221-50. [Text in Persian]
9. Toolabifard S, Nasiripour A, Raiisi P. The impact of health promoting schools approach on the health indicators of the students in boy primary schools of 17th district of Tehran. *J Health Manage* 2016;6(4):61-68. [Full text in Persian]
10. Dehghanpour M, Sharifi M, Akrami Z, Fallahzadeh A. Studying effect of implementing health promotion school project on environmental health and physical factors of the school at Yazd Province. 16th Iranian National Health Symposium; 30 Oct-1 Nov 2013.
11. Hafezi A. Comparison of enviromental health at girl schools having or not having school nurses with an approach to improving the national education level. *Q J Eduaca Innov* 2012;11(43):163-78. [Full Text in Persian]
12. Suzanne Stock MD, Charmaine M, Stacey E, Suzanne P, Julia R, Sophia Y, Jean-Pierre C. Healthy buddies: A novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics* 2007;120(4):e1059-68.
13. O'Hara J, McNamara G. Process and product issues in the evaluation of school development planning. *Evaluation* 2001;7(1):99-109.
14. Aynchly Theodore, Maldon J, Kvryh T. The consequences of implementing health promoting schools: An experience of Scotland. *J Soc Sci* 2007;21(1):25-35.
15. Keshavarz A, Nottbim F. Work stress and employees Health: The role of organizational commitment, the universal insight 2010;10(2).p. 128.

16. Koochaki M, koochaki A, Charkaz A, Bayani AL. Investigating the effect of implementing the school based health promotion program on students' mental health. *J Knowl Health* 2011;5(4):14-19. [Full Text in Persian]
17. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nded. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
18. Hazavehei S, Sharifirad G, Kargar M. The comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic models on improving assertion skill level. *J Res Health Sci* 2008;8(1):1-11.
19. Chinaveh M. Training Problem-Solving to Enhance Quality of Life: Implication towards Diverse Learners. *Procedia Soc Behav Sci* 2010;7:302-10.
20. Bakhshayesh AR, Dehghan-Zardeini R. Effectiveness of problem solving skill training on reducing of behavioral problems among students. *J Behav Sci* 2014;7(4):347-53. [Full Tex in Persian]
21. Elliot SN, Gresham FM. Social skills interventions for children. *Behav Modif* 1993;17(3):287-313.
22. Denham SA, Almeida MC. Children's social problem-solving skills, behavioral adjustment, and interventions: A meta-analysis evaluating theory and practice. *Appl Dev Psychol* 1987;8(4):391-409.
23. Keikhaie R, Rakhshaie F, Izadi S, Hashemi S. Survey of oral health behaviors and its associated factors in female students of primary schools in zabol based on health belief model. *J Zabol Univ Med Sci* 2012;4(2):33-41. [Full Text in Persian]