

# مقایسه رفتارهای بهداشتی دانش آموزان مدارس ابتدایی دارای مربی و بدون مربی بهداشت

سودابه جولائی\*: عضو هیأت علمی گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
ندا مهرداد: عضو هیأت علمی گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
ناصر بحرانی: کارشناس ارشد آمار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه هوایی شهید ستاری  
مهرناز مرادی کل‌بلند: دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد پرستاری

## چکیده

**مقدمه:** سلامتی کودکان اساس فعالیت‌های بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی است. مدارس ابتدایی نقشی اساسی در برنامه‌ریزی و آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی برای کودکان دارند. روش کار: این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع تحلیلی است. نمونه‌ها شامل ۳۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر بودند که به طور طبقه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این بررسی پرسش‌نامه بود. داده‌ها از طریق مصاحبه با کودک توسط پژوهشگر جمع‌آوری شده و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای‌دو و آزمون تی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج این بررسی نشان داد که بین رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان در رابطه با بهداشت چشم، پوست و ضمایم، خواب و استراحت و فعالیت فیزیکی با داشتن یا نداشتن مربی بهداشت اختلاف معنادار آماری وجود نداشت. در حالی که در حیطه بهداشت گوش و دهان و دندان ارتباط معنادار آماری به چشم می‌خورد و دانش‌آموزان دارای مربی رفتار بهتری نسبت به دانش‌آموزان بدون مربی داشتند. در مورد رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در مجموع دختران رفتار بهداشتی بهتری نسبت به پسران داشتند. در رابطه با رفتار بهداشتی فعالیت فیزیکی پسران با یا بدون مربی بهداشت رفتار بهداشتی بهتری نسبت به دختران داشتند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش به رغم وجود تفاوت در بعضی ابعاد رفتارهای بهداشتی، در مجموع بین رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان دارای مربی و بدون مربی بهداشت اختلاف معنادار آماری وجود نداشت. از آنجا که شکل‌گیری رفتار بهداشتی موضوعی چند بعدی بوده و عوامل و متغیرهای مختلفی علاوه بر حضور یا عدم حضور مربی بهداشت می‌توانند بر آن تأثیرگذار باشند، بررسی همه جانبه‌ی این عوامل می‌تواند معیارهای روشن‌تری برای طراحی برنامه‌های آموزشی مؤثر کودکان فراهم سازد و راهکارهایی جهت استفاده بهینه از منابع (نیروی انسانی، بودجه، زمان و ...) برای ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد بهداشتی کودکان در مدارس ارایه دهد.

## واژه‌های کلیدی: رفتار بهداشتی، مربی بهداشت، بهداشت مدارس

تاریخ دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۳ تاریخ پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۸۳ صص ۶۲-۵۵

\* نویسنده مسئول مقاله: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن و نمابر: ۶۹۳۳۶۰۰

E-mail: sjoolae@yahoo.com

## مقدمه

یونسکو<sup>۱</sup> یکی از اهداف خود را در برنامه‌ریزی آموزش ابتدایی، بهبود رشد و شکوفایی استعدادها بالقوه و برقراری رفتارهای بهداشتی صحیح در کودکان قرار داده است (۱). رفتارهایی که قادر است پایه و اساسی برای شیوه‌ی زندگی صحیح در تمام طول زندگی فرد فراهم سازد. جامعه‌ای پایدار خواهد ماند که در حفظ و ارتقاء سلامت جسمی و روانی کودکان موفق باشد (۲). مدارس به عنوان پایگاهی گسترده، جمعیت وسیعی از کودکان را در بر گرفته و نقش مهمی در انتقال اطلاعات بهداشتی به افراد، خانواده و جامعه به عهده دارند (۳). کودکان والدین، رهبران و تصمیم‌گیرندگان آینده‌ی کشور هستند و سلامت آنها در گرو دسترسی به اهداف آموزشی و بهداشتی مناسب است.

نتایج بررسی‌های مختلف بیانگر تفاوت در رفتارهای بهداشتی کودکانی که آموزش بهداشت را در مدارس دریافت کرده‌اند و آنانی که از فعالیت‌های مربوط به خدمات بهداشت مدارس بی‌بهره بوده‌اند، می‌باشد. در این رابطه ایلیکا و ابیونو<sup>۲</sup> به این نتیجه دست یافتند که آموزش بهداشت موجب تغییر رفتار گروه شاهد در جهت مثبت شده است (۴). طبق مطالعات به عمل آمده تحقق اهداف آموزشی مدارس در گرو سلامت جسمی و روانی کودکان می‌باشد. به همین دلیل امروزه تمایل زیادی به تغییر شیوه‌ی زندگی<sup>۳</sup> در جهت انجام رفتارهای بهداشتی صحیح در بین مردم به وجود آمده است (۵). لذا برای این که افراد یک جامعه از عادات بهداشتی و سبک زندگی سالمی برخوردار باشند، لازم است که رفتارهای

بهداشتی آنان در زمان مناسب یعنی دوران کودکی شکل داده شود (۲). آموزش بهداشت در ایجاد رفتارهای صحیح بهداشتی اهمیت زیادی دارد و زمانی آموزش بهداشت کامل خواهد شد که منجر به رفتار بهداشتی صحیح گردد (۶). اغلب دانشمندان معتقدند که سن دانش‌آموزی پذیراترین و مناسب‌ترین سن برای نیل به این مقصود است و مواردی مانند توجه به نقش، ضمیر و ذهن و مستعد کودک که آمادگی بیشتری برای آموختن، حفظ کردن و پذیرفتن دارد، عوامل آموزشی قابل دسترس و کافی، حضور موظف دانش‌آموز، کثرت دانش‌آموز، ارتباط دانش‌آموز با اعضای خانواده و دوستان و برخورداری از امکانات را دلیل ادعای خود می‌دانند (۷).

فعالیت‌های بهداشت مدارس در بسیاری از کشورهای دنیا توسط پرستار بهداشت مدرسه انجام می‌گیرد. ایفای این نقش اولین بار توسط لیلیان والد<sup>۴</sup> در آمریکا شروع شد و به تدریج گسترش یافت به طوری که در حال حاضر حدود ۴۰-۵۶ هزار پرستار در مدارس دنیا مشغول به کار هستند (۸). در ایران به دلیل نداشتن جایگاه پرستار بهداشت جامعه در ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌های بهداشت مدارس به عهده افرادی غیر از پرستاران گذاشته شده که مراقبین بهداشت مدارس نامیده می‌شوند. در ایران در حال حاضر حدود ۶۰۰۰ مربی یا مراقب بهداشت در کل مدارس کشور مشغول به کار هستند (۹).

با توجه به بررسی‌های اولیه‌ای که پژوهشگران از طریق اداره بهداشت مدارس انجام داده‌اند فقط در مدارس تحت پوشش مربی بهداشت وضعیت بهداشتی و سلامتی دانش‌آموزان بررسی می‌شود و آمار و ارقام

1 - UNESCO

2 - Ilica and Obionu

3 - Life Style

4 - Lillian Wald

دانش‌آموزان بود. سئوالات این بخش هفت حیطه اهداف ویژه مربوط به بهداشت چشم، گوش، دهان و دندان، پوست و ضمایم، تغذیه، خواب و استراحت و فعالیت فیزیکی را در بر می‌گرفت. این بخش با توجه به تعاریف عملی رفتار بهداشتی و با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای طراحی گردید.

بر اساس میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در پرسش‌نامه، نمرات به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب تقسیم شد. به این ترتیب که نمرات بالاتر از مجموع میانگین و انحراف معیار طیف رفتار خوب، نمرات تفاضل میانگین و انحراف معیار و کمتر از آن طیف رفتار ضعیف و حد وسط این دو طیف، رفتار متوسط طبقه‌بندی شد. داده‌ها از طریق مصاحبه با کودک توسط پژوهشگران جمع‌آوری شده و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای دو و آزمون تی) و با نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

یافته‌های این بررسی در چهار جدول پیوست خلاصه شده است.

جدول شماره یک مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش را در دو گروه مورد بررسی نشان می‌دهد.

نتایج یافته‌های قسمت دوم پرسش‌نامه که مربوط به بررسی اهداف ویژه بود، نشان داد که بین رفتارهای بهداشتی چشم ( $p=0/2$ ) و رفتارهای بهداشتی پوست و ضمایم ( $p=0/6$ )، رفتارهای بهداشتی تغذیه ( $p=0/96$ )، رفتارهای بهداشتی خواب و استراحت ( $p=0/4$ ) و رفتارهای بهداشتی فعالیت فیزیکی ( $p=0/07$ ) و

موجود در آن نیز حاکی از مشکلات بهداشتی در بین آنها بوده است. از آنجا که آموزش بهداشت در پیشگیری از مشکلات بهداشتی و ایجاد و حفظ رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان نقش دارد ضرورت بررسی جامع در این زمینه احساس می‌شود. لذا پژوهشگران در صدد مقایسه رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان مدارس دارای مربی و بدون مربی بهداشت برآمدند تا گام اول را در جهت ارزیابی تأثیر آموزش‌هایی که از طرف مربیان داده می‌شود، کارآیی برنامه‌های آموزش بهداشت، تأثیر نقش مربی بهداشت و تعیین تفاوت رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان دارای مربی و بدون مربی بهداشت بردارند.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی بوده که بر روی ۳۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع چهارم و پنجم دبستان ۹-۱۲ ساله مدارس ابتدایی در دو گروه دارای مربی و بدون مربی بهداشت شهر اهواز با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای چند مرحله‌ای در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. در ابتدا تعداد دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌ی چهارم و پنجم کل چهار منطقه شهر اهواز و سپس تعداد دانش‌آموزان هر منطقه مشخص گردیده است. در مرحله بعدی به نسبت دانش‌آموزان دارای مربی و بدون مربی بهداشت در هر منطقه تعداد نمونه تنظیم شد. تعداد مدارس انتخابی هم بر اساس نسبت مدارس چهار منطقه و هم داشتن و نداشتن مربی بهداشت تعیین گردیده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل دو بخش تنظیم گردید. بخش اول در بر گیرنده مشخصات فردی نمونه‌ها و برخی ویژگی‌های مؤثر بر مطالعه و بخش دوم شامل سئوالاتی در مورد رفتارهای بهداشتی

داشتن و نداشتن مربی بهداشت ارتباط معنادار آماری وجود نداشته است. در صورتی که رفتارهای بهداشتی گوش ( $p=0/014$ ) و رفتارهای بهداشتی دهان و دندان ( $p=0/009$ ) ارتباط معنادار آماری با داشتن مربی بهداشت نشان داد. یعنی دانش‌آموزان دارای مربی بهداشت رفتارهای بهداشتی گوش و دهان و دندان بهتری نسبت به دانش‌آموزان بدون مربی بهداشت داشته‌اند (جدول شماره ۳ و ۲). در بررسی مقایسه کل رفتارهای بهداشتی

ارتباط معنادار آماری بین کل رفتارهای بهداشتی و داشتن مربی بهداشت وجود نداشت (جدول شماره ۴). در مقایسه رفتارهای بهداشتی بین دختران و پسران نتایج نشان داد که در حیطه دهان و دندان رفتار بهداشتی دختران بهتر از پسران بوده است و در حیطه فعالیت فیزیکی رفتار بهداشتی پسران بهتر از دختران بوده است. در مورد دیگر حیطه‌ها ارتباط معنادار آماری بین جنسیت و رفتار بهداشتی دیده نشد (جدول شماره ۳).

**جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی و درصد دانش‌آموزان دارای مربی بهداشتی و بدون مربی بهداشتی بر حسب مشخصات فردی شهر اهواز سال ۱۳۸۲**

جمع		بدون مربی		دارای مربی		گروه فراوانی	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	مشخصات فردی	
۵/۱	۱۷	۱/۲	۲	۸/۷	۱۵	۹	سن
۵۱/۴	۱۷۱	۴۹/۷	۸۰	۵۲/۹	۹۱	۱۰	
۳۵/۱	۱۱۷	۳۹/۱	۶۳	۳۱/۴	۵۴	۱۱	
۸/۴	۲۸	۹/۹	۱۶	۷	۱۲	۱۲	
۱۰۰	*۳۳۳	۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۱۷۲	جمع	جنسیت
۴۸/۸	۱۶۴	۵۲/۲	۸۴	۴۵/۷	۸۰	دختر	
۵۱/۲	۱۷۲	۴۷/۸	۷۷	۵۴/۳	۹۵	پسر	
۱۰۰	۳۳۶	۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۱۷۵	جمع	کلاس
۵۳/۹	۱۷۹	۵۱/۶	۸۳	۵۶/۱	۹۶	چهارم	
۴۶/۱	۱۵۳	۴۸/۴	۷۸	۴۳/۹	۷۵	پنجم	
۱۰۰	*۳۳۳	۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۱۷۱	جمع	معدل کل نمرات
۶/۳	۲۰	۸/۴	۱۳	۴/۲	۷	۱۵	
۸/۸	۲۸	۱۰/۴	۱۶	۷/۳	۱۲	۱۶-۱۷	
۳۶	۱۱۵	۳۷/۷	۵۸	۳۴/۵	۵۷	۱۸-۱۹	
۴۸/۹	۱۵۶	۴۳/۵	۶۷	۵۳/۹	۸۹	۲۰	
۱۰۰	*۳۱۹	۱۰۰	۱۵۴	۱۰۰	۱۶۵	جمع	زندگی با والدین
۹۹/۴	۳۳۴	۹۹/۴	۱۵۹	۹۹/۴	۱۷۵	بله	
۰/۶	۲	۰/۶	۱	۰/۶	۱	خیر	
۱۰۰	۳۳۶	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۷۶	جمع	

\* تعدادی از نمونه‌ها سن، کلاس یا معدل خود را قید نکرده‌اند که در جمع جدول منظور نشدند.

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی و درصد بر حسب داشتن یا نداشتن مری بهداشت و رفتارهای بهداشتی شهر اهواز

سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	بدون مری		دارای مری		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی وضعیت	رفتارهای بهداشتی
$\chi^2=3/19$ df=2 p=0/2	20/5	33	13/7	24	ضعیف	چشم
	62/7	101	70/9	124	متوسط	
	16/8	27	15/4	27	خوب	
	100	161	100	175	جمع	
$\chi^2=8/58$ df=2 p=0/014	19/3	31	10/9	19	ضعیف	گوش
	69/6	112	68/6	120	متوسط	
	11/2	18	20/6	36	خوب	
	100	161	100	175	جمع	
$\chi^2=9/35$ df=2 p=0/009	20/5	33	9/7	17	ضعیف	دهان و دندان
	65/8	106	69/2	121	متوسط	
	13/7	22	21/1	37	خوب	
	100	161	100	175	جمع	
$\chi^2=0/99$ df=2 p=0/6	14/9	24	17/1	30	ضعیف	پوست و ضمائم
	46/6	104	66/3	116	متوسط	
	20/5	33	16/6	29	خوب	
	100	161	100	175	جمع	
$\chi^2=0/82$ df=2 p=0/96	11/8	19	12/6	22	ضعیف	تغذیه
	68/9	111	69	120	متوسط	
	19/3	31	18/4	32	خوب	
	100	161	100	174	جمع	
$\chi^2=1/83$ df=1 p=0/4	10/6	17	13/7	24	ضعیف	خواب و استراحت
	88/8	143	86/3	151	متوسط	
	0/6	1	0	0	خوب	
	100	161	100	175	جمع	
$\chi^2=5/26$ df=2 p=0/07	13	21	21/1	37	ضعیف	فعالیت فیزیکی
	73/3	118	70/3	123	متوسط	
	13/7	22	8/6	15	خوب	
	100	161	100	175	جمع	

**جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی و درصد دانش‌آموزان بر حسب جنسیت دانش‌آموزان و داشتن یا نداشتن مربی**

بهداشتی با رفتارهای بهداشتی شهر اهواز سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	دختر				پسر				جنسیت گروه فراوانی وضعیت	رفتارهای بهداشتی
	بدون مربی		دارای مربی		بدون مربی		دارای مربی			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$\chi^2=4/72$ df=2 p=0/09 پسر	۱۸/۲	۱۴	۱۱/۶	۱۱	۲۰/۲	۱۷	۱۰	۸	ضعیف	گوش
	۶۸/۸	۵۳	۶۳/۲	۶۰	۷۰/۲	۵۹	۷۵	۶۰	متوسط	
	۱۳	۱۰	۲۵/۳	۲۴	۹/۶	۸	۱۵	۱۲	خوب	
$\chi^2=3/90$ df=2 p=0/13 دختر	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۸۰	جمع	
$\chi^2=1/87$ df=2 p=0/3 پسر	۲۴/۷	۱۹	۷/۴	۷	۱۶/۷	۱۴	۱۲/۵	۱۰	ضعیف	دهان و دندان
	۵۸/۴	۴۵	۶۸/۴	۶۵	۷۲/۶	۶۱	۷۰	۵۶	متوسط	
	۱۶/۹	۱۳	۲۴/۲	۲۳	۱۰/۷	۹	۱۷/۵	۱۴	خوب	
$\chi^2=10/118$ df=2 p=0/006 دختر	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۸۰	جمع	
$\chi^2=10/83$ df=2 p=0/004 پسر	۲۳/۴	۱۸	۲۲/۱	۲۱	۳/۶	۳	۲۰	۱۶	ضعیف	فعالیت فیزیکی
	۶۲/۳	۴۸	۷۰/۵	۶۷	۸۳/۳	۷۰	۷۰	۵۶	متوسط	
	۱۴/۳	۱۱	۷/۴	۷	۱۳/۱	۱۱	۱	۸	خوب	
$\chi^2=2/4$ df=2 p=0/3 دختر	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۸۰	جمع	

**جدول شماره ۴ - مقایسه اختلاف میانگین نمرات کل رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان در مدارس دارای مربی و بدون**

مربی شهر اهواز سال ۱۳۸۲

p	df	t	بدون مربی		دارای مربی		گروه رفتارهای بهداشتی فراوانی
			میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	
0/24	334	-1/10	73/2	161	70/0	170	چشم
0/66	334	0/43	60/4	161	64/6	170	گوش
0/020	334	-2/20	82/9	161	86/2	170	پوست و ضمام
0/021	334	-2/3	68/4	161	71/7	170	دهان و دندان
0/2	334	1/2	79/3	161	77/0	174	تغذیه
0/46	334	0/73	86/9	161	80/3	170	خواب و استراحت
0/001	334	3/2	76/0	161	70/0	170	فعالیت فیزیکی
0/0	334	-0/06	70/9	161	76/0	170	کل

\* در این آزمون واریانس‌های نمرات برای دو گروه دانش‌آموزان دارای مربی و بدون مربی با هم مساوی بوده‌اند.

## بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش مشخص گردید که رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی دارای مربی و بدون مربی بهداشت شهر اهواز با هم تفاوتی نداشته است. در حالی که کاوه در تحقیق خود با بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش بهداشت فردی توسط معلمین و مادران بر آگاهی و رفتار دانش‌آموزان به این نتیجه رسید که آموزش، به ویژه توسط معلمین و مربیان بهداشتی به طور قابل توجهی باعث ارتقاء آگاهی و رفتار بهداشتی شده است (۱۰). ایلیکا و ایبونو نیز در بررسی تأثیر آموزش بهداشت مربیان بر رفتار بهداشتی دانش‌آموزان دو گروه مورد و شاهد بیان کردند که دانش‌آموزان گروه مورد تغییر رفتار بهداشتی مثبت نشان داده‌اند در حالی که در گروه شاهد تغییر رفتاری مشاهده نشد (۴). مقایسه کلی رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان دختر و پسر در این بررسی بیانگر این بود که در مجموع بین رفتارهای بهداشتی دختران و پسران در مدارس دارای مربی و بدون مربی اختلاف معنادار آماری وجود نداشته است. لگسدن<sup>۵</sup> در تحقیق خود با هدف تعیین آگاهی و رفتارهای بهداشتی کودکان دبستانی به این نتیجه رسید که رفتارهای بهداشتی دختران و پسران با هم تفاوتی نداشته است (۱۱).

باید به این نکته توجه داشت که آرایه آموزش بهداشت خود مستلزم پیش‌نیازهایی است که فراتر از یک عامل مورد توجه در این بررسی یعنی داشتن یا نداشتن مربی بهداشت است. عادت و نگرش‌های خانواده و جامعه نقش مهمی در رفتارهای دانش‌آموزان دارند. همان گونه که طی نتایج این بررسی نیز

مشخص گردید که خانواده، کتب درسی و معلمان از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بهداشتی می‌باشند. لذا جهت ایجاد عادت صحیح در کودک، خانواده، معلمین و مراقبین بهداشت مدارس هر کدام به نوعی سهم هستند. در واقع مدارس باید آموزش بهداشت را به عنوان جزئی از محتوای آموزشی خود به دانش‌آموزان ارائه داده و معلمان، والدین و دیگران نیز جهت مشارکت در ارتقاء برنامه‌های بهداشت مدارس تشویق شوند. نکته دیگری که قابل تأمل و بررسی است، نقش و جایگاه مربیان بهداشت، نحوه و مدت زمان حضور آنان، نحوه برقراری ارتباط مربی با دانش‌آموزان، روش‌ها و ابزارهای آرایه برنامه‌های آموزشی مجموعه عواملی هستند که در تأثیر آموزش بهداشت نقش دارند. یافته دیگر پژوهش گویای این نکته بود که مربیان بهداشت در تقسیم‌بندی دانش‌آموزان برای فعالیت‌های بهداشتی، آنها را به عنوان بهداشت‌یاری محیط و کلاس تقسیم‌بندی می‌کردند (بهداشت‌یاران دانش‌آموزانی هستند که به نوعی رابط بین مربی بهداشت و دانش‌آموزان قلمداد می‌شوند). به این ترتیب فقط دانش‌آموزان بهداشت‌یاری در اجرای برنامه‌های آموزشی مشارکت داشته و بقیه دانش‌آموزان در عمل نقش غیر فعالی دارند. از طرفی کیفیت و اثربخشی این روش تاکنون مورد ارزشیابی قرار نگرفته است.

با توجه به نتایج و یافته‌های این پژوهش لازم است که عوامل مؤثر بر عدم تفاوت رفتارهای بهداشتی بین دو گروه دارای مربی و بدون مربی بهداشت روشن گردد. از آنجایی که قبل از ورود کودک به مدرسه نیز عوامل زیادی از جمله عادات و الگوهای خانوادگی، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و ... در شکل‌گیری و تثبیت رفتارهای کودک نقش دارند، در این راستا

فعالیت‌های بهداشتی در مدارس را به عهده دارند. آنان با داشتن آگاهی‌های کافی از مراحل رشد و تکامل کودکان، اصول بهداشت، فرآیند پرستاری، فرآیند ارتباط و شیوه‌های آموزشی، آموزش‌های بهداشتی لازم را به کودکان ارائه می‌دهند. پژوهشگران توصیه می‌کنند که اگر امکاناتی فراهم شود که در ایران نیز با همکاری وزارت بهداشت و آموزش و پرورش، پرستاران فارغ‌التحصیل در مدارس به کار گرفته شوند علاوه بر صرفه‌جویی در هزینه و زمان برای آموزش و تربیت مربیان بهداشت جدید، در آینده شاهد نتایج مطلوب‌تری در مورد اجرای برنامه‌های بهداشتی مدارس، از جمله آموزش بهداشت و ارتقاء رفتارهای بهداشتی خواهیم بود.

### منابع

۱ - اعضای هیأت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی تهران، کودک سالم، تهران، انتشارات گلبن، ۱۳۷۸.

۲ - هاوز هیو، اسکاچمر کریستین. کودکان برای بهداشت، تهران: انتشارات یونیسف، ۱۳۷۶.

۳ - جونز بک. ارتقاء سطح بهداشت از طریق مدارس. ترجمه لیلا جویباری، بهداشت جهانی، ۱۳۷۴؛ ۱۰ (۲): ۳۰-۳۲.

4 - Ilika AL, Obionu CO. Personal hygiene practice and school-based health education of children in Anambra State, Nigeria. Niger Postgrad Med J. 2002 Jun;9(2):79-82.

5 - Palank CL. Determinants of health-promotive behavior. A review of current research. Nurs Clin North Am. 1991; 26(4): 815-32.

۶ - محسنی منوچهر. مبانی آموزش و بهداشت، تهران: انتشارات طهوری، ۱۳۷۶.

انجام پژوهشی جهت بررسی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی فردی دانش‌آموزان می‌تواند گامی در جهت پاسخ به این ابهام باشد. همچنین بررسی تحلیلی جهت ارزشیابی رویکردهای آموزشی مربیان بهداشت مدارس می‌تواند تا حدود زیادی متغیرهای مداخله‌گر در امر آموزش اعم از مثبت یا منفی را شناسایی نماید. سنجش آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دختر و پسر در مورد رفتارهای بهداشتی نیز از دیگر موارد قابل بررسی است.

امروزه در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا پرستاران بهداشت جامعه تحت عنوان «پرستار بهداشت مدرسه» وظیفه انجام

۷ - نوری محمدرضا. بهداشت مدارس، مشهد: انتشارات واقفی، ۱۳۷۷.

8 - Allender JA, Spradley BW. Community health nursing concept and practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.

۹ - پارک جی، ای و پارک ک. کلیات خدمات بهداشتی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی و حسین ملک افزلی، تهران، انتشارات سماط، ۱۳۷۷.

۱۰ - کاوه محمدحسین. بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش بهداشت فردی توسط معلمان و مادران بر آگاهی و رفتار دانش‌آموزان پسر سوم و چهارم ابتدایی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ص چکیده. ۱۳۷۲.

11 - Logsdon DA. Conceptions of health and health behaviors of preschool children. J Pediatr Nurs. 1991;6(6):396-406.