فصلنامه پژوهش های مدیریت در جهان اسلام
شماره مجوز: ۸۵۴۹۵ شماره استاندارد بین المللی: ۶۰۹۴-۲۶۷۶ شماره چهاردهم (بهار ۱۴۰۲)

نگاهی به تاریخچه توجه به آموزش سلامت در آموزش و پرورش در عرصه جهانی

(تاریخ ارسال ۱۴۰۲/۰۴/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۶/۱۰)

کلثـــوم فتاحـــی

چکیده

موضوع توجه به آموزش سلامت در آموزش و پرورش یکی از مباحث مهم و قابل توجه در تمامی کشورهاست چراکه هدف کلی بهداشت مدارس اعتلای سطح سلامت دانش آموزان و کارکنان مدارس و خانواده دانش آموزان از طریق افزایش سطح آگاهی های بهداشتی، ایجاد نگرش مطلوب، تغییر رفتار و تسهیل دسترسی دانش آموزان به خدمات بهداشتی، مشارکت نیروی دانش آموزی، کارکنان مدارس و اولیاء دانش آموزان می باشد. همچنین باید اذعان داشت بهداشت مدارس طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت مجموعه اقداماتی است که به منظور تشخیص، تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان و کارکنان مدارس که به نحوی در ارتباط با دانش آموزان قرار دارند تحت راهنمایی و سرپرستی مسئولان مدرسه به اجرا در می آید. در این راستا باید توجه داشت هدف کلی بهداشت مدارس در تمامی کشورها عبارت است از تشخیص، تامین و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی دانش آموزان و کارکنان مدارس. در این مقاله قصد داریم به اهمیت و همچنین توجه به آموزش سلامت در نظام آموزش و پرورش در عرصه جهانی به تجزیه و تحلیل این مورد بپردازیم. روش تحقیق از نوع تحلیلی-توصیفی بوده و ابزار گرداوری اطلاعات و داده ها فیش برداری است.

واژگان کلیدی: آموزش سلامت، بهداشت مدارس، آموزش و پرورش، خدمات بهداشتی، کارکنان مدارس

بخش اول: شناسایی کلیات اولیه با مداقه در تاریخچه آموزش سلامت

بهداشت مدارس به عنوان یک شاخه اساسی از بهداشت جامعه، اهمیت بسیار زیادی دارد. طبق تعریف ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، بهداشت مدارس به معنای مجموعه‌ای از اقدامات است که به منظور تشخیص، تامین و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، و معنوی دانش آموزان و کارکنان مدرسه اجرا می‌شود. این تعریف بهداشت مدارس به اصول تعلیمی نیز تاکید دارد. هدف اصلی این اقدامات، ارتقاء عادات و رفتارهای بهداشتی بهتر در میان دانش آموزان است. با اعمال این اصول تعلیمی، مدارس توانایی ایجاد و بهبود روش‌های بهداشتی را در دانش آموزان تقویت می‌کنند و به این ترتیب، به حفظ و تقویت سلامت آن‌ها کمک می‌نمایند. به طور کلی بهداشت مدارس نه تنها به ابعاد فیزیکی بلکه به ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی نیز توجه دارد. با اجرای برنامه‌ها و اقدامات بهداشت مدارس، محیط آموزشی به یک فضایی ترویجی برای سلامت جامعه تبدیل می‌شود. این اقدامات، نقش مهمی در شکل‌دهی بهداشت جامعه از طریق نهادهای آموزشی ایفا می‌کنند و باعث می‌شوند تا دانش آموزان با آگاهی بهتری در زمینه بهداشت به زندگی خود ادامه دهند. کودکان ونوجوانان آینده سازان کشورهستند بدین سبب سلامت جسمی روانی واجتماعی انان تضمین کننده سلامت حال وایندہ جامعه است توجه به بهداشت این گروه از اهمیت ویژه ای برخوردار است چرا که بخش عظیمی از جمعیت کل کشور را تشکیل می دهند. فعالیت های منظم مبتنی بر طرح ریزی در آموزش سلامت در سطح بین المللی پس از تاسیس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ آغاز شد که ایران نیز از کشورهای موسس آن بود. در ایران مدتها پس از تاسیس وزارت بهداری (سال ۱۳۲۰) عملا فعالیت های آموزش سلامت در سطح محدودی از سال ۱۳۳۰ به بعد آغاز شد که در ابتدا فعالیت های آن متوجه مسایل ریشه کنی مالاریا گردید و بتدریج در طی سالهای بعد فعالیت هایی نظیر بهسازی محیط، تالیف مواد درسی و مطالب خواندنی و تهیه پوستر و بولتن را بر عهده گرفت. در سال ۱۳۴۰ به بعد واحد آموزش سلامت وزارت بهداری تجهیز شد و به حالت فعالتری درآمد. بلاخره در سال ۱۳۵۱ اداره آموزش سلامت (بهداشت) به دفتر آموزش سلامت (بهداشت) تبدیل شده و عهده دار انجام رسالت های مربوط به آموزش سلامت در سطح کشور گردیده است. در مراحل اولیه ارتقاء بهداشت عمومی، سالم سازی محیط و

مبارزه با بیماری های واگیر از اهداف اصلی آموزش سلامت بوده که آن هم توسط سازمان هایی که با بیماری های سل مبارزه می کردند معمول گردید. همگام با تحولات علمی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جهان به تدریج فلسفه، اهداف و روش های سلامت نیز دستخوش دگرگونی های زیادتری گردید.

بند اول: تعریف بهداشت مدارس

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، بهداشت مدارس عبارتست از مجموعه اقداماتی که به منظور تشخیص، تامین و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان و آندسته از کارکنانی که به نحوی در ارتباط با دانش آموزان قرار دارند به اجرا در می‌آید. منظور از دانش آموز، کلیه افرادی است که در مقاطع و پایه های تحصیلی مختلف از پیش دبستانی تا پیش دانشگاهی در آموزشگاه های کشور به تحصیل اشتغال دارند. بهداشت مدارس ضمن فعالیت برای تحقق اهداف بهداشت عمومی، برای دستیابی به اهداف اختصاصی زیر تلاش می‌کند:

- ✓ ارتقاء سطح آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی دانش آموزان
- ✓ ارتقاء سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی کارکنان مدارس و والدین دانش آموزان
- ✓ ایجاد میل به سلامت در کودکان و نوجوانان دانش آموز
- ✓ آموزش، تمرین مهارت های سالم زیستن به نحوی که طبیعت ثانوی آن ها شود.
- ✓ بهبود وضعیت ایمنی و بهداشت محیط مدارس

بند دوم: نگاهی به راهبردهای اساسی برای تحقق اهداف بهداشت مدارس

- ✓ طراحی نظام کارآمد و اثربخش بر مبنای نیازهای دانش آموزان، مدارس و جامعه
- ✓ ساماندهی هماهنگی بین بخشی در زمینه برنامه های بهداشت مدارس
- ✓ توسعه و بهبود کمی و کیفی ارائه خدمات بهداشتی، درمانی گروه های هدف بهداشت مدارس
- ✓ ساماندهی نظام اطلاعات بهداشت مدارس

- ✓ ساماندهی جلب مشارکت سازمان های دولتی و غیردولتی و مردم در ارائه خدمات بهداشت مدارس
- ✓ بهبود کیفی آموزش بهداشت به دانش آموزان، والدین و کارکنان مدارس
- ✓ تامین دسترسی دانش آموزان و کارکنان مدارس به خدمات بهداشت مدارس
- ✓ افزایش توانمندی کارکنان در زمینه ارائه خدمات بهداشت مدارس
- ✓ ساماندهی تربیت، جذب، توزیع و تقویت نیروی انسانی و منابع مالی مورد نیاز بهداشت مدارس
- ✓ ساماندهی نظام پایش و ارزشیابی بهداشت مدارس

بخش دوم: نگاهی به اهداف آموزش سلامت در نظام آموزشی

بهداشت مدارس ابتدایی یکی از مسائل حیاتی در ساماندهی آموزش و پرورش است. این مرحله از آموزش، در زمان حیاتی کودکان، نقش بسیار مهمی در سلامت و رشد صحیح آنها ایفا می‌کند. یکی از اصول اساسی بهداشت مدارس ابتدایی، فراهم کردن یک محیط تمیز و سالم است. این شامل نظافت دوره‌های آموزشی، تشویق به دستشویی منظم دانش آموزان، و حفظ فضاهای آموزشی و بازی در شرایط بهداشتی بهینه می‌شود. از طرف دیگر، تدابیر پیشگیرانه در برابر بیماری‌ها و واگیرهای مختلف نیز جزء اولویت‌های بهداشت مدارس ابتدایی محسوب می‌شود. اجرای برنامه‌های واکسیناسیون، آموزش بهداشت شخصی، و نظارت بر وضعیت بهداشتی دانش آموزان از مهمترین اقدامات در این زمینه است. در این راستا سازمان بهداشت جهانی (who) اهداف و تعاریف زیر را برای آموزش سلامت بیان کرده است:

- ✓ ترغیب مردم برای شرکت فعالانه در اقدامات بهداشتی به طور انفرادی و دسته جمعی به منظور حفظ سلامت فرد
- ✓ تجهیز افراد به دانش ها و مهارت های لازم و نفوذ در گرایش های آنان به نحوی که بتوانند مسایل بهداشتی خویش را حل نمایند.
- ✓ فراهم آوردن شرایط لازم جهت رشد خدمات بهداشتی
- ✓ آماده کردن و تشویق مردم برای قبول و نگاه داری عادات بهداشتی

- ✓ آگاه نمودن مردم درباره خدمات طبی و بهداشتی کشور
- ✓ کمک به مردم در راه نایل شدن به سلامت توسط اقدامات و فعالیت های خود آنان به نحوی که بتوانند آمادگی قبول مسئولیت تندرستی خود و اجتماعی که در آن زندگی می کنند را داشته باشند.

بخش سوم: واکاوی تاریخچه بهداشت مدارس در ایران و دیگر کشورها

توجه به ضرورت بهداشت مدارس در کشورهای مختلف جهان از حیث تاریخی و عملیاتی متفاوت بوده است. **فرانسه** اولین کشوری است که در سال ۱۷۹۳ با تصویب طرحی در این خصوص، یک نفر پزشک را به‌عنوان مسئول بهداشت مدارس انتخاب و فعالیت در این حوزه را آغاز کرد. در **کشور هلند،** بهداری آموزشگاه‌ها در سال ۱۸۶۸ با استخدام دو نفر پزشک پایه‌گذاری و شروع به‌کار کرد. اولین قانون مربوط به بهداشت مدارس در سال۱۹۴۲ به تصویب رسید. پس از آن به‌سرعت گسترش یافت به‌نحوی‌که حدود ۲۱۰ پزشک به‌صورت شبانه‌روزی به امور بهداشتی کودکستان‌ها و دبستان‌ها رسیدگی کرده و تحت نظر شهرداری‌ها فعالیت می‌کنند. در **ایالات متحده آمریکا** ویلیام الکوت ابتدا در مقاله‌ای به بررسی مشخصات ساختمان مدارس پرداخت و نظرات متعددی ارائه کرد. پس از آن هوراس من به تدریس شناخت اعضا و فیزیولوژی بدن انسان به زبان ساده به دانش‌آموزان پرداخت. در سال ۱۸۹۴ ساموئل دارگین معاینات عمومی دانش‌آموزان را در مدارس شهر بوستون آغاز کرد که به‌دنبال آن با اجرای این برنامه در سال ۱۸۹۵ به بعد در مدارس توجه کلی و فراگیر نسبت به بهداشت دانش‌آموزان صورت گرفته و رسمیت یافت به‌نحوی‌که در سال ۱۹۸۳ حدود ۲۰. ۰۰۰ نفر کاردان آموزش بهداشت به مراقبت بهداشتی دانش‌آموزان و تدریس مسائل بهداشتی مختلف در مدارس آمریکا اشتغال داشته و به‌تدریج بر کمیت و کیفیت تعداد خدمات آنان افزوده شده است. در بعضی از ایالات، بهداشت مدارس زیر نظر شهرداری و در برخی دیگر وابسته به وزارت آموزش و پرورش اداره می‌شود و در ایالاتی نیز پزشکان عمومی به‌طور نیمه‌وقت به کار مراقبت بهداشتی دانش‌آموزان اشتغال دارند. بهداشت مدارس در کشور **انگلستان** از سال ۱۹۰۷ و تحت نظارت ادارات آموزش محلی آغاز به‌کار کرد و سپس با ایجاد سازمان بهداشت و طب عمومی (ملی)، بهداشت مدارس با

حفظ وابستگی خود به آموزش و پرورش، به‌عنوان عامل ارتباط میان بهداشت ملی و بهداشت در آموزشگاه‌ها مورد توجه مسئولان قرار گرفت. اگرچه شناخت نقص عضو دانش‌آموزان به‌عنوان وظیفه بهداری آموزشگاه‌ها بود، اما این وظایف به‌تدریج توسعه‌یافته و کلیه مسائل مرتبط با سلامت جسمی و روانی کودکان را فراگرفته به‌نحوی‌که معاینه عمومی دانش‌آموزان توسط پزشک مرتبط با واحد بهداشت مدارس انجام می‌گیرد. ضمن اینکه علاوه بر پزشک، یک نفر کاردان یا پرستار بهداشتی نیز در مدارس حضور داشته و نسبت به ثبت و ضبط نتایج معاینات در پرونده‌های بهداشتی دانش‌آموزان اقدام می‌کنند. توجه به بهداشت مدارس در **ایران** از سال ۱۲۹۳ شمسی با تشکیل مجلس حفظ‌الصحه، متشکل از پزشکان ایرانی و اروپایی و در جهت مراقبت از بهداشت عمومی جامعه آغاز شد. در سال ۱۳۰۴ صحیه مدارس به‌عنوان واحد مجزا در وزارت معارف معرفی و وظایفی از قبیل معاینات دانش‌آموزان و آموزش بهداشت در مدارس برعهده این واحد گذاشته شد. اگرچه در سال ۱۳۱۸ اداره بهداری آموزشگاه‌ها به اداره کل دانشکده پزشکی و بیمارستان‌ها الحاق شد اما مجدد در سال ۱۳۲۰، با توجه به ماهیت فعالیت آن، اداره مذکور به وزارت معارف بازگردانده شد. با وجود تغییر و تحولات صورت گرفته، اداره بهداری آموزشگاه‌ها با توجه به کمبود نیروی انسانی متخصص در این حوزه، پاسخگوی نیازهای بهداشتی دانش‌آموزان نبود. بر همین اساس، **مدارس عالی بهداشت مدارس** در سال ۱۳۵۰ با هدف تربیت نیروی متخصص در چهار استان خراسان، اصفهان، آذربایجان شرقی، فارس و تهران ابتدا به‌صورت داوطلبانه و سپس از طریق آزمون‌های سراسری در کشور در مقطع فوق‌دیپلم اقدام به پذیرش دانشجو کرد و فارغ‌التحصیلان به‌عنوان مربی بهداشت و با پست سازمانی مراقب بهداشت در اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها (اداره کل بهداشت مدارس) جذب می‌شدند. حدود ۷ هزار نفر از این طریق در کل کشور جذب شدند. نیروهای مذکور به همراه پرسنل پزشکی و فنی اداره کل بهداشت مدارس در سال ۱۳۵۸ از وزارت آموزش و پرورش منتزع و به وزارت بهداری ملحق شدند. علی‌رغم پیشرفت در این عرصه طی سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۵۸ به‌دلیل تغییر در سیاست‌های بهداشتی کشور مبنی‌بر گسترش و ارتقای خدمات بهداشتی برای کودکان زیر پنج سال، از خدمات مراقبین بهداشت مدارس در کلینیک‌های مادر و کودک استفاده شده و خدمات بهداشت مدارس به‌عنوان وظایف

حاشیه‌ای قلمداد شد. مجدد با پیگیری وزارت آموزش و پرورش و مجلس شورای اسلامی، مراقبین بهداشت به وزارت آموزش و پرورش انتقال یافته و تحت مدیریت مسئولان آموزش و پرورش به خدمت گرفته شدند. در سال ۱۳۷۳ تشکیلاتی مستقل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مراکز استان‌ها درخصوص بهداشت مدارس ایجاد شد. اما در سال ۱۳۷۹ پیشنهاد ادغام دفاتر بهداشت مدارس و دهان و دندان و آموزش بهداشت در وزارت بهداشت مطرح و اجرایی شد. اما به‌دلیل برخی نارضایتی‌ها و وظایف متعدد ادارات ادغام شده در سال ۱۳۸۰، دفتر سلامت مدارس و جوانان، جایگزین دفتر بهداشت مدارس، دهان و دندان شد و وظایف مرتبط با سلامت مدارس و شاخص‌های مرتبط با آن در این دفتر مورد رصد قرار می‌گیرد. وظایف خدمات بهداشت مدارس چندجانبه و برحسب اولویت‌های محلی می‌تواند متفاوت باشد اما مهم‌ترین ابعاد خدمات بهداشت مدارس شامل: ارزیابی وضعیت سلامتی کودکان و کارکنان، . . . ، تدابیر درمانی و پیگیری، مبارزه با بیماری‌های واگیر، سالم‌سازی محیط مدارس، خدمات تغذیه‌ای، کمک‌های اولیه و مراقبت‌های فوریتی، بهداشت روانی، بهداشت دهان و دندان، خدمات بهداشت چشم‌ها، آموزش بهداشت مدارس، آموزش کودکان ناتوان و معلول، سوابق بهداشتی مدارس است.

بخش چهارم: **اهمیت، اهداف و راهبردهای اساسی بهداشت مدارس**

رعایت بهداشت در مدرسه اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا مدرسه یک محیط است که دانش آموزان بخش زیادی از زمان خود را در آن سپری می‌کنند. این رعایت می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامت جسمی و روانی دانش آموزان ایفا کند. مزایای این رعایت شامل پیشگیری از بیماری‌ها مانند سرماخوردگی، آنفولانزا، اسهال و استفراغ، ارتقای سلامت جسمی و روانی دانش آموزان، افزایش تمرکز و یادگیری، و ایجاد محیطی سالم و آرام در مدرسه می‌شود. برای رعایت بهداشت در مدرسه، همکاری تمامی اعضای اجتماع مدرسه و خانواده‌ها ضروری است. دانش آموزان باید اصول بهداشت فردی و عمومی را آموزش ببینند و در زندگی روزمره‌شان اعمال کنند. معلمان و کارکنان مدرسه نیز باید در زمینه بهداشت آموزش ببینند و در اجرای آن پیشقدم باشند. این همکاری می‌تواند به حفظ سلامت جسمی و روانی دانش آموزان و ایجاد محیطی سالم و ایمن در مدرسه کمک کند. همچنین، رعایت بهداشت در مدرسه می‌تواند به کاهش هزینه‌های درمان نیز کمک کند، زیرا دانش آموزانی

که بهداشت را رعایت می‌کنند، کمتر به بیماری مبتلا می‌شوند و این می‌تواند به کاهش هزینه‌های درمان و بیمه‌های درمانی منجر شود. در مجموع، رعایت بهداشت در مدرسه یک امر ضروری است که نقش مهمی در حفظ سلامت دانش آموزان و جامعه ایفا می‌کند. بهداشت مدارس در سیاست بهداشتی و راهبرد کلی سرمایه گذاری های بهداشتی درمانی کشور و مجموعه برنامه های توسعه و رفاه اجتماعی جایگاه و اهمیت ویژه دارد زیرا:

- ✓ مدرسه بعد از خانواده مهمترین نقش را در سلامت کودک دارد. دانش آموز در مدرسه علاوه بر یادگیری مهارت خواندن و نوشتن، اطلاعات، نگرش ها و رفتارهای جدید را می‌آموزد.
- ✓ بیش از ۱۸ میلیون دانش آموز در ۹۷۰۰ آموزشگاه سراسر کشور در کنار ۹۰۰۰۰۰ معلم به تحصیل اشتغال دارند، به علاوه نزدیک به دو سوم از مدارس به ویژه مدارس ابتدایی در نقاط روستایی کشور استقرار دارند. کثرت جمعیت دانش آموزان و وضعیت پراکندگی و استقرار مدارس بیانگر اهمیت بهداشت مدارس می‌باشد.
- ✓ علی رغم تلاش ها و موفقیت های سال های اخیر، هنوز تعدادی از مدارس کشور فاقد امکانات و تسهیلات بهداشتی می‌باشند و فضاهای آموزشی از استانداردهای لازم برخوردار نمی‌باشند همچنین هنوز بیماری های واگیردار، بیماری های مختلف چشم، دهان و دندان، اختلالات شنوایی، قلبی و عروقی، بیماری های انگلی، کمبودهای تغذیه ای و بالاخره اختلالات رفتاری، سلامت دانش آموزان را تهدید می‌کند و موجب مشکلاتی در فراگیری و افت تحصیلی آن ها می‌شود و این در حالیست که شناخت به موقع و رفع مشکلات دانش آموزان، اقدامی موثر و سنجیده در بهبود سلامت و پیشرفت آموزش آنها خواهد بود. اگر در هر یک از مراحل اولیه زندگی نیازهای روانی، اجتماعی، فیزیولوژیک و یا آموزشی دانش آموزان به موقع تامین نشود در دوره های بعدی زندگی جبران عوارض ایجاد شده امکان پذیر نیست و یا به دشواری جبران می‌شود برای رشد و

توسعه یک نسل و بهبود و تکامل نسل بعد، راهکار اصولی آنست که برای بهداشت مدارس سرمایه گذاری شود.

- ✓ قریب یک سوم جمعیت کشور در زمان معین در مکان های مشخص با آمادگی کامل جهت یادگیری حضور می‌یابند که این امر علاوه بر سهولت دسترسی به گروه های هدف، دستیابی به اهداف بهداشتی را سهل تر می‌سازد.
- ✓ برخورداری دانش آموزان (در بعد فردی و اجتماعی) از امکانات بهداشتی و مراقبتی مناسب اثرات مطلوب بسیار دارد، از جمله نیروی درک و دریافتی آن ها را به حداکثر می‌رساند و با جلوگیری از افت ناموجه تحصیلی و در نتیجه از اتلاف سرمایه های وسیع می‌کاهد.

بخش پنجم: اصول کلی خدمات بهداشت مدارس

برنامه ها و فعالیت های بهداشت مدارس را در چهار محور کلی آموزش بهداشت در مدرسه، مراقبت بهداشتی درمانی دانش آموزان، تدارک و نظارت بر ایمنی و بهداشت محیط مدرسه، نظارت بر تغذیه دانش آموزان در مدرسه مطرح و مورد مطالعه قرار داد. عناوین کلی برنامه های بهداشت مدارس به شرح زیر می‌باشد.

بند اول: آموزش بهداشت مدارس

- ✓ آموزش بهداشت به دانش آموزان، کارکنان مدارس و والدین دانش آموزان از طریق برنامه های درون مدرسه
- ✓ آموزش بهداشت به دانش آموزان، کارکنان مدارس و والدین دانش آموزان از طریق برنامه های خارج از مدرسه.

بند دوم: مراقبت بهداشتی و درمانی دانش آموزان

برای هر گونه اقدام جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به دانش آموز باید تعاریف عملی روشنی از دانش آموز نیازمند به مراقبت های بهداشتی و درمانی داشته باشیم و برای انجام

این امر نیازمند شاخص های سلامت دانش آموز و معیارهای مداخله هستیم. بنابراین ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قالب فعالیت های زیر قابل اجرا می‌باشد:

- ✓ ارزیابی سلامت دانش آموز هنگام ورود به پایه اول ابتدایی (ترجیحا پیش دبستانی) و تشکیل و ثبت شناسنامه بهداشتی او به منظور مداخله به هنگام برای رفع مشکل.
- ✓ انجام معاینات دوره ای براساس دستورالعمل اجرای شناسنامه (پرونده) بهداشتی دانش آموز به منظور مراقبت بهداشتی.
- ✓ معاینات متناوب بهداشتی با هدف بیماریابی، ارجاع و درمان
- ✓ مراقبت از دانش آموزان نیازمند مراقبت های ویژه مثل مبتلایان به بیماری های مزمن
- ✓ مراقبت های فوری در صورت نیاز به کمک های اولیه مثل حوادث، زخم ها و بیماری های ناگهانی
- ✓ ثبت و گزارش و پیگیری موارد ارجاع شده و مرجوعی از مراکز بهداشتی درمانی

بند سوم: تدارک، نظارت بر ایمنی و بهداشت محیط مدرسه

برای تامین، نگهداری و استفاده از محیط فیزیکی مناسب خدمات زیر مورد تاکید می‌باشد:

- ✓ رعایت استانداردهای لازم برای محیط فیزیکی و تاسیسات و تجهیزات بهداشتی مدرسه.
- ✓ اعمال مدیریت و نظارت بر نگهداری مناسب از امکانات بهداشتی محیط مدرسه
- ✓ اعمال مدیریت و نظارت بر استفاده مناسب از امکانات بهداشتی موجود.

بند چهارم: نظارت بر تغذیه دانش آموزان

بهبود تغذیه کودکان در سنین مدرسه مستلزم مجموعه فعالیت های هماهنگ و برنامه ریزی شده است بهداشت مدارس در پناه آموزش های صحیح به دانش آموزان، والدین و کارکنان مدارس می‌تواند دو اقدام اساسی زیر را در بهبود تغذیه سنین مدرسه انجام دهد:

- ✓ اول نظارت بر نحوه عرضه و توزیع مواد غذایی به دانش آموزان در داخل و اطـراف مدرسه.
- ✓ دوم عرضه مواد غذایی مغذی و سالم برای ایجاد عادات غـذایی مناسـب در دانـش آموزان

بخش ششم: نگاهی به آموزش بهداشت در مدارس بـا مداقـه در اهـداف آمـوزش بهداشت مدارس در جهان

سازمان جهانی بهداشت مفهوم کلی سلامت را بدین شرح تعریف می‌کنـد: سـلامت عبـارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط فقدان علیلی یا بیماری است و آموزش را اینگونه تعریف می‌کنند: آموزش یک اصطلاح کلی است که بـه تمـام عوامـل و تجربیات و فرایندهایی که بر نحوه کسب اطلاع و طرز فکر و پرورش مهارت ها و تغییر رفتار افراد نفوذ دارند مربوط است. در سال ۱۹۲۶ میلادی آموزش بهداشت به وسـیله دکتـر وود چنین تعریف شده است: آموزش بهداشت مجموعه تجربیاتی است که بـه نحـو مطلـوبی بـر دانش، طرز تلقی و رفتار افراد جامعه موثر بوده و موجب سلامت فردی، اجتمـاعی و نـژادی می‌شود آموزش بهداشت در مفهوم و معنای کلی خود روش تعلیمی است کـه از طریـق آن می‌توان در ایجاد و بهبود عادات و رفتار مطلوب بهداشت فرد، خانواده یا جامعه نقش مـوثر، مفید و فزاینده ای داشت.

کولبی (Kolbi) نقش مدارس را در کسب آموزش بهداشت چنین تشریح می‌کند: بهداشـت و آموزش، اهداف مرتبط و وابسته بهم هستند و مدارس یکی از راههای همگـانی و مطلـوب هستند که دستیابی به این دو هدف را فراهم می‌آورند مدارس از تسهیلات، کارکنان و نظام کارآمد برای حفظ و تقویت بهداشت جوامع برخوردار هستند.

اهداف آموزش بهداشت مدارس عبارتند از:

- ✓ افزایش شناخت در باره فلسفه علم و بهداشت فردی و اجتماعی.
- ✓ بهبود نگرش نسبت به اتخاذ رفتارهای موثر بر سلامت آن ها.
- ✓ تقویت مهارت ها و تمایلات افراد در ایجاد رفتارهای موثر در بهداشت.

- ✓ گسترش مهارت های افراد در حفظ و گسترش بهداشت خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می‌کنند.

بطور خلاصه، افراد جوان با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه خود درکی صحیح از بهداشت داشته باشند. آن ها باید تلاش کنند تا به نحو احسن بر بهداشت جامعه خود تاثیر بگذارند و از امکانات موجود استفاده کرده در جهت ارتقاء بهداشت مدارس خود فعالانه تلاش نمایند. مدرسه بهترین مکان برای اجرای برنامه های آموزش بهداشت، مدرسه مناسب ترین مکان برای نیل به اهداف آموزش بهداشت می‌باشد و دانشمندان دلایل زیر را در اثبات این مهم ارائه می‌دهند:

- ✓ منابع انسانی و تجهیزات و امکانات آموزشی به حد کافی وجود دارد.
- ✓ حضور موظف دانش آموزان بر اجرای بهتر برنامه تاثیر دارد.
- ✓ کثرت دانش آموزان.
- ✓ انتقال پیام ها و آموخته ها به اعضاء خانواده و جامعه.

بند اول: نتایج آموزش بهداشت در مدارس

آموزش بهداشت مدارس در توانمند سازی دانش آموزان برای فراگیری دانش و مهارت ها به منظور ترویج بهداشت ضروری است. و با در نظر داشتن اهمیت آموزش بهداشت که در سطرهای پیشین آمد. دستاورد فعالیت های آموزش بهداشت عبارت خواهد بود از:

- ✓ برخورداری دانش آموزان از سلامتی بهتر به دلیل کسب علم و تجربیات بهداشت.
- ✓ موفقیت در فعالیت های اقتصادی، اجتماعی و مشارکت در بهره وری وتوسعه اقتصادی ملی به لحاظ، انجام موثرتر وظایف، افزایش و یا از دست ندادن روزهای کار بخاطر بهره مندی از سلامتی مطلوبتر، استفاده کمتر از خدمات پزشکی و در نتیجه کاهش هزینه ها، و افزایش تولید.
- ✓ کیفیت زندگی بهتر خانواده و اجتماع بدلیل انتقال اطلاعات بهداشتی و مهارت های آموخته شده توسط دانش آموز به آن ها.
- ✓ حضور فعال دانش آموز در جامعه متاثر از بهبود آگاهی های علوم بهداشتی.

بند دوم: استانداردهای آموزش بهداشت

برای دستیابی به اهداف بهداشتی مدارس و بهبود سلامت دانش آموزان (کودکان و نوجوانان) تعیین استانداردهای ملی آموزش بهداشت بسیار ضروری است. استانداردهای آموزش بهداشت راهکارهای مناسبی برای افزایش آمادگی، پیشرفت یادگیری، بازآموزی و ارزیابی عملکردهای دانش آموزان ومعلمین را فراهم می‌سازد هر چند وجود استانداردها به عنوان زیربنای توسعه آموزش و سلامت دانش آموزان تلقی می‌شود، ولی تاکنون استانداردهای ملی آموزش بهداشت تعیین نشده است. کلیات استانداردهای ملی آموزش بهداشت در مدارس آمریکا که بر اساس پایه های تحصیلی معین شده است به شرح زیر می‌باشد.

۱) دانش آموزان قادر به درک مفاهیم مربوط به ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری ها خواهند بود.

۲) دانش آموزان برای دستیابی به اطلاعات با ارزش بهداشتی و محصولات و خدمات ارتقاء دهنده بهداشت توانایی خود را نشان خواهند داد.

۳) دانش آموزان برای عمل به رفتارهای بهبود سلامت و کاهش دهنده خطرات سلامتی توانایی خود را نشان خواهند داد.

۴) دانش آموزان قادر خواهند بود که عوامل اثر گذار بر بهداشت مثل فرهنگ، رسانه ها و فنآوری ها را تجزیه و تحلیل کنند.

۵) دانش آموزان توانایی خود در راستای استفاده از مهارت های ارتباط بین فردی برای بهبود و توسعه بهداشت را نشان خواهند داد.

۶) دانش آموزان توانایی خود را جهت حمایت از بهداشت فردی، خانواده و اجتماع نشان خواهند داد. یادآور می‌گردد به علت تنوع پدیده ها و وسعت فرایندها و حالات و مشکلات و نیازهای مختلف در جوامع و دگرگونی ها فراوان بیان یک طرح واحد و الگوی یک جامعه برای آموزش بهداشت مدارس کاری مشکل است. و انتظار می‌رود هر کشوری عناوین و فعالیت های یادگیری را مناسب با نیازهای خود انتخاب نماید.

بخش هفتم: وظایف مراقبین سلامت در مدارس ایران

براساس جزء «۲» تبصره «۶» قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش مصوب ۱۲/۴/۱۳۸۴، سیاستگذاری در امر سلامت و بهداشت و تربیت مراقبین بهداشت مدارس موردنیاز آموزش و پرورش از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأمین مراقبین بهداشت مدارس و استخدام، به‌کارگیری و مدیریت کاری آنها برعهده آموزش و پرورش است. بر این اساس، فارغ‌التحصیلان در رشته‌های بهداشت عمومی، بهداشت محیط، بهداشت مدارس، پرستاری، مامایی، تغذیه، پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی می‌توانند به‌عنوان مراقبین سلامت در مدارس حضور داشته باشند. براساس آمار دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، در سال ۱۴۰۰، حدود ۵۴۹۰ مراقب سلامت در وزارت آموزش و پرورش به‌صورت رسمی و طبق قانون به‌صورت ۳۰ ساعت در ماه در مدارس حضور داشته و به فعالیت مشغول می‌باشند. به‌علاوه ۱۲۳۰ نفر نیز به‌عنوان نیروهای مازاد رشته‌های دیگر (کمتر از ۳۰ ساعت حضور در ماه) خدمات مراقبین سلامت را ارائه می‌دهند. با استناد به ماده (۵) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۶» قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش مصوب ۱۲/۴/۱۳۸۴، ارائه آموزش‌های لازم بهداشتی به دانش‌آموزان و اولیای آنها، بررسی اولیه وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و تشکیل پرونده سلامت برای آنان، بازدید متوالی از محیط مدرسه برای تأیید رعایت سلامت و بهداشت و سایر خدمات مرتبط طبق دستورالعمل‌های ارسالی از مراجع ذی‌صلاح به‌عنوان وظایف مراقبین بهداشت مدارس قلمداد می‌شود. بر این اساس، کنترل وضعیت بهداشتی دانش‌آموزان واحدهای آموزشی و آشنا کردن آنان با امور بهداشتی، شناخت مشکلات بهداشتی دانش‌آموزان و اقدام برای برطرف کردن آنها، توجیه و تبیین مسائل بهداشتی و آموزش بهداشت فردی و محیطی به همکاران، اولیا و دانش‌آموزان، اقدام به انجام کمک‌های اولیه در موارد اورژانس در صورت لزوم، تشکیل پرونده بهداشتی دانش‌آموزان و کنترل و مراقبت مستمر بهداشت فردی دانش‌آموزان و جدا کردن دانش‌آموزان بیمار، نظارت و کنترل مستمر بر بهداشت پایگاه تغذیه سالم (بوفه) مدارس و عوامل اجرایی آن، تنظیم آمارهای بهداشتی واحد آموزشی و استخراج نتایج آن، ایجاد ارتباط با مراکز بهداشتی درمانی و امور کنترل و

پیشگیری بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و. . . از مهم‌ترین شرح وظایف پست سازمانی مراقب سلامت (مصوب معاونت توسعه مدیریت و نیروی انسانی رئیس‌جمهور) است. البته به‌رغم وظایف فوق، دسترسی نداشتن مراقبین بهداشت مدارس به شناسنامه سلامت دانش‌آموزان در مراکز بهداشتی، عامل مؤثری در عدم آگاهی مراقبین از وضعیت خاص برخی دانش‌آموزان و ارائه خدمات متناسب با وضعیت سلامت آنان خواهد شد. علاوه بر مراقبین سلامت مستقر در مدارس، کارکنان بهداشتی مستقر در نظام شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور به‌عنوان بازوان اجرایی برنامه بهداشت مدارس در نظر گرفته می‌شوند. بهورزان در مناطق روستایی و کاردان‌های بهداشتی در مناطق شهری با هماهنگی مسئولان آموزش و پرورش مناطق برنامه‌های مرتبط با سلامت دانش‌آموزان از قبیل آموزش بهداشت (سخنرانی و یا گفتگوهای گروهی با دانش‌آموزان و اولیا)، بهداشت محیط مدارس (مکان احداث مدرسه، وضعیت ساختمان، آب آشامیدنی و. . .) و ارائه خدمات بهداشتی- درمانی به دانش‌آموزان را اجرایی می‌کنند.

بند اول: مدارس مروج سلامت

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۶) در منشور ارتقای سلامت اوتاوا با تأکید بر مثبت بودن مفهوم سلامت، اعلام کرده است که سلامت در محیط‌هایی خلق می‌شود که افراد در حال یادگیری، اشتغال، تفریح و زندگی هستند. ازاین‌رو، رویکرد محیطی محیط‌های حامی سلامت، همچون شهر ارتقاءدهنده سلامت (HPC) ، بیمارستان ارتقادهنده سلامت(HPH) محیط‌های بازی ارتقادهنده سلامت(HPP) ، محیط کار ارتقادهنده سلامت(HPW) ، مدارس ارتقادهنده سلامت (HPS) ایجاد کرد تا از این طریق سلامت افراد در مکان‌هایی تقویت شود که بیشتر اوقات را در آن به سر می‌برند. رویکردهای متعددی نسبت به ارتقای سلامت در مدرسه وجود دارد. این روند از رویکرد سنتی در سال ۱۹۵۰ به بهداشت مدارس که «مدرسه را به‌عنوان بستری مناسب برای مداخله در نظر می‌گیرد» آغاز شده و با رویکرد آموزشی به مدرسه در سال ۱۹۷۰، «مدرسه به‌عنوان محیط آموزشی» و رویکرد اجتماعی به مدرسه در سال ۱۹۸۰، «مدرسه به‌عنوان یک سازمان اجتماعی» گسترش یافته و با رویکرد ارتقای سلامت در سال ۱۹۹۶ «مدرسه ارتقادهنده

سلامت» ادامه یافته است. مدرسه مروج سلامت تلاش می‌کند تا به‌طور مداوم به تقویت ظرفیت خود به‌عنوان یک محیط سالم برای زندگی، یادگیری و کار بپردازد. رسیدن به این هدف، مستلزم درگیر شدن مقامات بهداشتی و آموزش و پرورش، معلمان، دانش‌آموزان، والدین و رهبران جامعه با هدف ترویج سلامت است. رویکرد مدارس مروج سلامت در ایران از سال ۱۳۸۹ طی توافق‌نامه‌ای فی‌مابین وزارتخانه‌های آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با عنوان برنامه مدارس مروج سلامت شروع به‌کار کرد. این برنامه در ۸ جزء به شرح زیر قابل اجرا خواهد بود:

- ✓ برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس
- ✓ ارائه خدمات بالینی در مدارس
- ✓ سلامت محیط در مدارس
- ✓ بهبود تغذیه در مدارس
- ✓ تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی در مدارس
- ✓ ارتقا سلامت کارکنان مدارس
- ✓ خدمات سلامت روان و مشاوره‌ای در مدارس
- ✓ مشارکت والدین و جامعه در برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در مدارس و شبکه داوطلبان سلامت دانش‌آموزان

در کشورهای مختلف، کارایی و تأثیر برنامه مدرسه مروج سلامت در مورد برنامه‌های کاهش و پیشگیری از برخی شاخص‌ها از قبیل مصرف سیگار، مواد مخدر، کنترل وزن، بیماری‌های واگیردار، بهداشت روان و. . . مورد سنجش و تأکید قرار گرفته است. موکوما نیز در یک مطالعه مروری سیستماتیک با عنوان ارزیابی برنامه HPS در مدارس نشان داد که این برنامه بر شاخص‌های سلامت دانش‌آموزان و ارتقای بهداشت مدارس تأثیر مثبت داشته است. همچنین تأکید کرد که HPS باید به‌صورت یک برنامه تلفیقی در مدارس اجرا شود. مطالعه

مذکور والدین و جوامع محلی و منطقه‌ای را به‌عنوان ظرفیت‌های مهم در این برنامه دانست. در مطالعه دیگری بخشی‌زاده در مطالعه خود با هدف ارزیابی HPS در شیراز نشان داد که این برنامه باعث پیشرفت و افزایش شاخص‌های هشت‌گانه در مدارس، خصوصاً در مدارس روستایی شده است که تأکیدی بر کارآمدی و اثربخشی این برنامه است. رمضانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در ارزیابی خود از اثربخشی برنامه مدارس مروج سلامت تأکید داشت که برنامه‌های آموزش بهداشت در مدارس تأثیر بسیار زیادی در رشد و تکامل دانش‌آموزان دارد. برخی اقدامات از قبیل نصب تابلوهای اطلاع‌رسانی درخصوص فعالیت‌های آموزشی مدرسه، مشخص شدن فردی به‌عنوان هماهنگ‌کننده برنامه‌های توجیهی برای دانش‌آموزان و کارکنان ازجمله مداخلات لازم در افزایش کیفیت برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت در مدارس است. در مطالعات انجام شده جزء مدیریتی و در نظر داشتن منابع لازم جهت اجرا در این برنامه را از اجزای مهم قلمداد می‌کند. منابع محدود سبب عدم تعادل منابع بین جنبه‌های آموزشی و سلامتی در مدارس ایران خواهد بود. در این بین استفاده از ابزارهای مؤثر، سبب بهره‌گیری مناسب از منابع محدود موجود به‌منظور ارتقای سطح سلامت در کنار سطح آموزش در مدارس خواهد شد. اوهارا نیز در مطالعه خود تأکید می‌کند که اگرچه بودجه در اجرای این برنامه مهم است، ولی کافی نخواهد بود و از آن مهم‌تر مدیریت، رهبری، همکاری و یکپارچگی در شاخص‌های HPS هستند.

برنامه مدارس مروج سلامت در ایران سابقه طولانی ندارد. دستورالعمل اجرایی این برنامه از زمان شروع آن (۱۳۸۹) دو مرتبه مورد اصلاح قرار گرفت و تا سال ۱۳۹۲ به مناطق آموزش و پرورش جهت اجرا ابلاغ شد. اما به‌رغم مزایای بسیار و اثرگذاری آن بر ارتقای سلامت دانش‌آموزان در مدارس، براساس گزارش شفاهی وزارت آموزش و پرورش به مرکز پژوهش‌های مجلس در اسفندماه سال جاری، با توجه به وجود برخی چالش‌ها و موانع، اجرای برنامه مروج سلامت تا زمان اصلاح مجدد دستورالعمل اجرایی شدن برنامه مدارس مروج سلامت متوقف شده است. مطالعات متمرکز بر سلامت در مدارس مؤید این مطلب است که برنامه مدارس مروج سلامت بستری مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی در کنار تقویت دانش و آگاهی است اما باید در نظر داشت که تحقق برنامه مدارس مروج سلامت، جز با مشارکت فعال و دوجانبه دو وزارتین بهداشت و آموزش و پرورش و با هدف

یکپارچه‌سازی خدمات، شفافیت در اجرا و . . . ممکن نخواهد بود. براساس مطالعات انجام گرفته طرح مدارس مروج سلامت دارای نقاط قوت و ضعف به شرح زیر است:

الف) نقاط قوت

- مشارکت‌محور بودن
- بازخوردمحور بودن
- آموزش‌محور و جامع بودن
- توانمندسازی دانش‌آموزان درخصوص مراقبت‌های سلامتی
- ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان، معلمان و کارکنان مدرسه
- انتقال آموزش به خانواده‌ها و. . . .

ب) نقاط ضعف

- ضعف سازوکارهای ساختاری- اجرایی (نامناسب بودن زیرساخت‌ها، محدودیت منابع مالی، ضعف در اجرا و پیگیری، نقص در حمایت‌های بین‌سازمانی)
- فقدان اعتبارات اختصاصی برای مدارس مروج سلامت
- ضعف در سیستم نگرشی- انگیزشی مدیران (اولویت کمتر دادن به برنامهHPS ، مقاومت مدیران در برابر تغییرات ساختاری، ضرورتی ندانستن برنامه ازسوی مدیران، ناآگاهی نسبت به دستورالعمل‌های مرتبط)
- کمبود مربی بهداشت با تحصیلات مرتبط (منجر به تغییر رویکرد سلامت‌نگر به درمانگر در مربیان بهداشت شده است
- سرگردانی مراقبین سلامت بین دو وزارتخانه آموزش و پرورش و بهداشت از حیث حمایت و رفع چالش‌های موجود در برنامه
- نامناسب بودن ساختار فیزیکی و بهداشتی مدارس

- عدم انطباق چک‌لیست‌های برنامه با برخی معیارهای آموزش و پرورش، عملیاتی نبودن برخی شاخص‌ها، ناکافی بودن برخی شاخص‌ها و یا تأکید بر شاخص‌های فردی به‌جای اجتماعی- فرهنگی و . . . ازجمله بارزترین چالش‌های برنامه مدارس مروج سلامت بوده است.

به هرصورت در جمع بندی کلی باید گفت با در نظر داشتن رویکرد و ماهیت برنامه مدارس مروج سلامت درخصوص ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان، به‌نظر می‌رسد به‌رغم تلاش‌ها و پیگیری‌های انجام شده ازسوی نهادهای ذی‌نفع در اجرایی شدن این برنامه، لیکن برنامه مذکور نیازمند بازنگری اساسی در محتوا و فرایند اجرای آن با در نظر گرفتن محورهایی ازجمله تقویت بستر حمایت‌کننده برای اجرای برنامه، تقویت سیستم انگیزشی مدیران با هدف مشارکت مستمر، بازسازی و نوسازی فیزیکی مدارس، تربیت نیروی انسانی متخصص و حمایت از آنان در برنامه، بازنگری در شاخص‌ها و فرایندهای ارزیابی برنامه است.

بخش هشتم: چالش‌های ارائه خدمات سلامت در مدارس ایران

مطالعات گوناگون درخصوص بهداشت مدارس و نگاهی گذرا به تاریخچه آن در جهان نشان می‌دهد که اغلب کشورهای دنیا توجه خاصی را به امور بهداشتی در مدارس معطوف داشته‌اند. سلامت دانش‌آموزان نه‌تنها از آن جهت که قشر آسیب‌پذیر جامعه هستند بلکه بدان جهت که سرمایه انسانی و ملی آینده و تضمین‌کننده توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورند حائز اهمیت است. لذا ضرورت دارد در راستای تأمین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کودکان و نوجوانان به‌عنوان یک اولویت، موانع و چالش‌های پیش‌روی آن و ارائه راهکارهای مؤثر بر آنها مورد توجه قرار گیرد. اگرچه از زمان شروع برنامه‌های مرتبط با سلامت دانش‌آموزان، اقدامات متعددی در کشور با همکاری دو وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش صورت گرفته است، اما همواره وجود برخی چالش‌ها سبب عدم اجرای مؤثر برنامه‌های سلامت‌محور و دستیابی به اهداف آن شده است. مهم‌ترین چالش‌های برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان به شرح زیر ارائه شده است:

بند اول: نامناسب بودن زیرساخت‌های فیزیکی، امکانات و تجهیزات بهداشتی مدارس

باید دانست که متناسب بودن متغیرهای فیزیکی و محیطی مدارس و همچنین شرایط مناسب اکولوژیکی به‌عنوان عمده‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روحی کودکان و دانش‌آموزان، مدیران و کارکنان مدارس است. بهداشت محیط مدارس عبارت است از کنترل عواملی از محیط زندگی دانش‌آموزان که به‌نحوی روی سلامت روانی، جسمی و اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد. لذا رعایت استانداردها مربوط به آن و داشتن شرایط مطلوب از ضروریات این حوزه است. این در حالی است که براساس آمارهای وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۴۰۱، برخی از مدارس کشور مهم‌ترین و مقدماتی‌ترین مؤلفه‌های سلامت محیط را از قبیل چشمه توالت، آبخوری، آب آشامیدنی، دستشویی/ روشویی و. . . را ندارند.

بند دوم: کمبود نیروی متخصص سلامت مدارس

کمبود نیروی انسانی در وزارت آموزش و پرورش یکی از چالش‌های اصلی این وزارتخانه در سال‌های اخیر و چشم‌انداز پیش‌رو است؛ براساس پیش‌بینی سازمان برنامه و بودجه که در سال ۱۳۹۷ با عنوان «تحلیل و بررسی وضعیت نیروی انسانی شاغل در وزارت آموزش و پرورش، و پیش‌بینی مشمولین بازنشستگی تا سال ۱۴۰۶» منتشر شد، جمعیت بازنشستگان آموزش و پرورش تا سال ۱۴۰۶، تعداد ۴۶۳ هزار و ۲۷۲ نفر خواهد بود که حدود ۷۱ درصد (۳۲۶ هزار و ۴۲۶ نفر) از این تعداد قبل از سال ۱۴۰۲ بازنشسته خواهند شد. بیشترین میزان بازنشستگی معلمان در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ صورت گرفته است که در این سال‌ها تعداد ۳۸ هزار و ۹۰۲ نفر معلم و ۲ هزار و ۱۸۶ نیروهای کیفیت بخشی (مربی بهداشت، مشاور مدارس و. . .) بازنشسته شده‌اند. بر این اساس نیاز آموزش و پرورش در دو طیف نیروی آموزشی (معلمان) و نیروهای تخصصی (مشاوره، مربی بهداشت و. . .) در سال‌های آتی وجود خواهد داشت. این در حالی است که براساس تبصره ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تبصره (۶) الحاقی به ماده‌واحده قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش، ضرورت دارد به‌ازای هر ۴۸۰ دانش‌آموز مدارس دولتی شهری در سطح منطقه، یک نیروی مراقب سلامت از میان پزشکان، مربیان

بهداشت و سایر شاغلان گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی به‌کار گرفته شود. اما مطابق گزارش وزارت آموزش و پرورش (دی ماه ۱۴۰۱) در حال حاضر صرفاً حدود ۹ هزار مراقب سلامت در مدارس مشغول به‌کار هستند (حدود ۴ هزار نفر در رشته‌های مرتبط و ۵ هزار نفر در رشته‌های غیرمرتبط) و با استناد به قانون فوق، با کمبود حدود ۱۹ هزار نفری مواجه هستیم که بیشترین کمبود به استان تهران (۱۹۳۳ مراقب سلامت مورد نیاز) و کمترین کمبود به استان کهگیلویه و بویراحمد (۱۳۷ مراقب سلامت مورد نیاز) مربوط است. با توجه به اهمیت حضور مراقبین سلامت متخصص در مدارس و انجام مداخله‌های سلامت‌محور در راستای ارتقای سلامت دانش‌آموزان، ضرورت دارد کمبود مراقب بهداشت با همکاری وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتفع شود. تبعیض میان مراقبین سلامت و سایر پرسنل اداری و آموزشی مدارس در بهره‌مندی از مزایای شغلی، اهمیت نداشتن این موضوع در نگاه برخی مدیران مدارس، نبود فضای کافی (اتاق بهداشت) برای انجام مداخلات بهداشتی، نبود منابع مالی کافی برای تهیه لوازم و تجهیزات مرتبط، عدم همکاری مؤثر مراکز بهداشتی مناطق با مدارس و. . . ازجمله عواملی است که سبب بی‌انگیزگی نیروهای مراقب سلامت و عدم تمایل فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط به اشتغال در مدارس خواهد بود.

بند سوم: نداشتن ساعت رسمی درس بهداشت در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی و متوسطه اول

به‌رغم بند «۱» آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان (مصوب ۲/۹/۱۳۸۴) مبنی بر» گنجاندن حداقل ۴۲ ساعت آموزشی با موضوع آموزش سلامت در برنامه آموزشی به کلیه دانش‌آموزان در تمامی پایه‌های تحصیلی (بدون تغییر در ساعات درسی و با گذشت بیش از ۱۶ سال از تصویب آیین‌نامه مذکور، به‌غیراز پایه دوازدهم (برمبنای کتاب سلامت و بهداشت، ۲ ساعت در هفته برای کلیه رشته‌ها)، برای هیچ‌کدام از مقاطع تحصیلی در مدارس ساعت درسی مجزا برای آموزش بهداشت وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عوامل اجرایی نشدن بند «۱» آیین‌نامه مذکور در کلیه پایه‌ها، به جهت عبارت **بدون تغییر در ساعات درسی** بوده است. لذا با وجود فشردگی برنامه درسی و کمبود ساعات آموزشی که با تعطیلات پیش‌بینی نشده و اتلاف

ساعات، تشدید هم می‌شود تغییر در برنامه درسی مصوب دانش‌آموزان کلیه مقاطع با در نظر گرفتن ساعت آموزشی سلامت تاکنون مقدور نبوده و اقدامی نیز ازسوی دستگاه مربوطه انجام نگرفته است. ساعت در نظر گرفته شده برای پایه دوازدهم نیز عمدتاً تحت تأثیر کنکور سراسری قرار گرفته و با جدی تلقی نشدن ازسوی دانش‌آموزان به‌دلیل اهمیت و اضطراب دروس کنکوری یا جایگزینی با کلاس‌های کنکور عملاً کارکرد خود را از دست می‌دهد. این در حالی است که نقش مراقبین سلامت و آموزش موضوعات مرتبط با سلامت به دانش‌آموزان سبب ارتقای سواد سلامت آنان و اثرگذاری آن وضعیت سلامتی افراد خواهد شد. سطح پایین سواد سلامت با مسائلی همچون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش‌های پزشکی و پیروی از آنها، مشارکت کمتر برای انجام رفتارهای پیشگیرانه، تشخیص دیرهنگام بیماری‌ها و ناتوانی در مهارت‌های خودمراقبتی و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است.

بند چهارم: عدم تخصیص اعتبارات حوزه بهداشت مدارس

اگرچه در طی پنج سال گذشته در قوانین بودجه سنواتی اعتباری معادل ۸. ۷۲۱ میلیارد ریال به برنامه **ارتقای سلامت دانش‌آموزان** و موضوع بهداشت مدارس از محل منابع عمومی دولت در نظر گرفته شده است، اما از مجموع این اعتبار، صرفاً معادل ۱. ۱۹۴ میلیارد ریال تخصیص یافته است. به‌نظر می‌رسد عدم تخصیص منابع مورد نیاز برای پیشبرد اهداف برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان می‌تواند عامل مؤثری بر کم‌رنگ شدن نقش سلامت در مدارس یا محدود شدن خدمات ارائه شده ازسوی مراقبین سلامت باشد.

منابع و مآخذ

الف) منابع فارسی

۱- امیری، فرزاد و بهجتی اردکانی، محمدعلی (۱۳۸۲). بررسی ساختار و چگونگی استقرار و ارزیابی نظام مدیریت کیفیت فراگیر در موسسات آموزشی. مجموعه مقالات همایش مدیریت کیفیت فراگیر در آموزش، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ۱۳۸۲.

۲- اصنافی، ا، حمیدی، ع؛ نقش فناوری اطلاعات و ارتباطات در توسعه آموزش و دانش با تاکید بر نقش کتابخانه‌های مجازی، مجله الکترونیکی، شماره دوم دوره سوم، ص

۳- حقیقی، ابراهیم، ۱۳۸۲؛ نقش فناوری اطلاعات و ارتباطات) ICT) در آموزش، تکنولوژی آموزشی، شماره ۳، ص ۲۵.

۴- ذوفن، شهناز، ۱۳۸۳؛ کاربرد فناوریهای جدید در آموزش، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).

۵- رضایی، حسین، فناوری اطلاعات و نقش جدید معلمان؛تکنولوژی آموزشی، شماره ۱۸۷، آذرماه ۱۳۸۶، ص ۳۲.

۶- رئیس دانا، فرخ لقا، (کاربرد و سودمندی فناوری اطلاعات)، تکنولوژی آموزشی، ش ۲، آبان ۸۱، ص ۱۶.

ب) منابع لاتین

۷. Abela J. Adult learning theories and medical education: a review. Malta Medical Journal ۲۰۰۹; ۲۱ (۱): ۱۱- ۸.

۸. Hoseinpour Z، Heshmati Nabavi F. [Concordance of Continuing Education Programs with the Principles of Adult Learning and their Effectiveness: Perspectives of Nurses in Mashhad University of Medical Sciences]. Iranian Journal of Medical Education ۲۰۱۳; ۱۲ (۱۱): ۸۳٦- ٤۱. [Persian]

۹. *Moffett J. Twelve tips for "flipping" the classroom. Medical Teacher ۲۰۱۵; ۳۷(٤): ۳۳۱- ٦. [DOI:۱۰. ۳۱۰۹/۰۱٤۲۱٥۹X. ۲۰۱٤. ۹٤۳۷۱۰]*

۱۰. *Haghani F، Rezaei H، baeigzade A، Eghbali B. [Flipped Classroom: A Pedagogical Method]. Iranian Journal of Medical Education ۲۰۱٦; ۱٦ (۰): ۱۰٤- ۱۹. [Persian]*

۱۱. *He Y، Lu J، Huang H، He S، Ma N، Sha Z، et al. The effects of flipped classrooms on undergraduate pharmaceutical marketing learning: A clustered randomized controlled study. PLoS One ۲۰۱۹; ۱٤ (٤): e۰۲۱٤٦۲٤. [DOI:۱۰. ۱۳۷۱/journal. pone. ۰۲۱٤٦۲٤]*