

Effect of Health Promoting School Program in Schools of the City of Babol :2013

Ramezani H¹, Nikbakht HA*², Nasrollahpour Shirvani SD³, Ahoei KH⁴, Mohsenian H⁵

1. Public health expert, Vice-Chancellery for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
 2. MSc of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
 3. Assistant Professor of Research Center for Social Determinants of Health, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
 4. MSc Student of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran
 5. Health experts in schools, Vice-Chancellery for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
- * **Corresponding Author.** Tel: +9832332876-9 Fax: +981132363875 E-mail: Ep.nikbakht@gmail.com

Received: Nov 12, 2014 Accepted: Feb 22, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Investing in the health of adolescents and youth population in educational environments is one of the most important interventions in the health sector. This study aims to evaluate the percentage of improvement of the Health Promoting School program in schools under the coverage of the city of Babol.

Methods: This study was a before and after the intervention conducted in 2013. The research population and samples were selected by census from 63 health program executor schools in the city of Babol. The data collection tool was standard Checklist to evaluate health program executor schools in two administrative and 8-fold indices. Data were collected in two phases- before and after the intervention- within a month and analyzed by SPSS18 software at the significance level of $p < 0.05$.

Results: Of the 63 health program executor schools, (38.1%) 24 were primary schools (27%) 17 guidance schools (34.9%) and 22 high schools, and also (65.1%) 41 urban schools and 33 schools for boys (52.4%). From 100 points, the average point of health program executors was 66.08 ± 11.99 before intervention which as promoted to 71.79 ± 10.96 after the intervention. There was a significant difference between the total mean score and the mean scores of 9- fold items before and after the intervention ($p < 0.05$). Model results showed that the total checklist Score of the first phase and geographical area is only related to the second check list points and the impact of this program was higher in the rural schools.

Conclusion: This study showed that the execution of the health promoter programs has a positive impact in improving school indicators. It is recommended to implement this program in all schools.

Keywords: Health Promoting School; HPS; City of Babol.

تأثیر برنامه مدارس مروج سلامت در مدارس شهرستان بابل: ۱۳۹۲

حمیده رضانی^۱، حسینعلی نیک بخت^{۲*}، سید داود نصرالله پور شیروانی^۳، خدیجه آهویی^۴، هدی محسنیان^۵

۱. کارشناس بهداشت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳. استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری ۵. کارشناس مسئول واحد بهداشت مدارس، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

* نویسنده مسؤول. تلفن: ۰۹۱۱۹۱۲۲۵۴۶. فکس: ۰۱۱۳۳۶۳۸۷۵. ایمیل: Ep.nikbakht@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سرمایه گذاری روی سلامت نوجوانان و جوانان در محیط های آموزشی یکی از مهمترین مداخلات نظام سلامت است. هدف از این مطالعه تعیین درصد ارتقای اجرای برنامه مدارس مروج سلامت در مدارس تحت پوشش شهرستان بابل می باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع مداخله ای قبل و بعد است که در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. واحد پژوهش ۶۳ مدرسه مجری برنامه مدارس مروج سلامت شهرستان بابل بوده که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها چک لیست استاندارد ارزیابی مدارس مروج سلامت در دو بخش مدیریتی و شاخص های ۸ گانه بود. داده ها در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به فاصله یک ماه جمع آوری و در نرم افزار SPSS-18 در سطح معنی داری $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: از ۶۳ مدرسه مجری برنامه مروج سلامت (۳۸/۱٪) تا ابتدایی (۲۷٪) تا راهنمایی و (۳۴/۹٪) ۲۲ مدرسه دبیرستان، همچنین (۶۵/۱٪) ۴۱ مدرسه شهری و ۳۳ مدرسه (۵۲/۴٪) پسرانه بودند. میانگین امتیازات از ۱۰۰ امتیاز در قبل از مداخله $11/99 \pm 66/08$ بوده که بعد از مداخله به $10/96 \pm 71/79$ ارتقا یافت. بین میانگین کل امتیاز و میانگین امتیازات قسمت های ۹ گانه در قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$). نتایج مدل نشان داد که فقط امتیازات کل چک لیست مرحله اول و منطقه جغرافیایی با امتیازات چک لیست مرحله دوم مرتبط و تأثیر این برنامه در مدارس روستایی بیشتر بوده است.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که اجرای برنامه مروج سلامت تأثیر مثبت در بهبود شاخص های مدارس داشت. پیشنهاد می گردد این برنامه در کلیه مدارس اجرا گردد.

واژه های کلیدی: مدارس مروج سلامت، HPS، شهرستان بابل

دریافت: ۹۳/۸/۲۱ پذیرش: ۹۳/۱۲/۳

مقدمه

سلامتی افراد واقع در سنین مدرسه می تواند نقش اصلی را در موفقیت و توسعه یک کشور ایفا نماید، زیرا فرد در مدرسه به دلیل تعامل با دانش آموزان دیگر و معلم رفتارهای بهداشتی را فرا گرفته و سبک زندگی خود را شکل می دهد (۱). مطالعات نشان می دهند که عوامل خطر مرتبط با دانش آموزی در مدارس در حال افزایش است (۲). از مهمترین عوامل

خطر، اضافه وزن و چاقی بوده (۳) و در پی آن نیز گسترش بیماری های مزمن را خواهیم داشت (۴، ۵). همچنین مدارس جایگاه مهمی در کمک به دانش آموزان برای بدست آوردن یادگیری سلامت می باشند (۶) و یک فرهنگ سلامتی مثبت می تواند سطح بالایی از سلامت را در جامعه رقم بزند (۷). بدین منظور برنامه ترویج سلامت در مدارس برای ترویج شیوه زندگی سالم طراحی شده است که

دارای پتانسیل‌های بالقوه‌ای در اجرای چنین برنامه‌هایی هستند و بدون توجه به این عوامل، تحقق تغییرات واقعی بعید به نظر می‌رسد. مدیریت سلامت محور در زمینه ارائه خدمات به نوجوانان و جوانان در راستای ارتقاء کیفیت زندگی این گروه سنی با تأکید بر اقدامات پیشگیرانه منطبق با فرهنگ جامعه و متناسب با جنسیت مورد نظر و مشارکت همه جانبه ایشان رسالت مدارس مروج سلامت می‌باشد (۱۱). در بررسی‌های بعمل آمده در متون چاپ شده، محققین مطالعه حاضر به مطالعه‌ای که بطور جامع برنامه مدارس مروج سلامت را بررسی نماید، دست نیافتند، بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تعیین وضعیت و پیشرفت نتایج اقدامات انجام‌شده در خصوص اجرا و درصد ارتقا در جزء مدیریتی و هر یک از اجزای ۸ گانه مدارس مروج سلامت قبل و بعد از مداخله در مدارس تحت پوشش شهرستان بابل طراحی شد. امید است نتایج این تحقیق به متولیان سلامت در بخش بهداشت و آموزش و پرورش در پیشبرد اهداف سلامت دانش‌آموزان امروز و آینده سازان فردا در شهرستان و کشورمان کمک نماید.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله‌ای بود که در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. جامعه پژوهش ۶۳ مدرسه‌ای که معیارهای لازم از قبیل تشکلهای بهداشتی دانش‌آموزی، داشتن انجمن اولیاء و مربیان فعال و داشتن مدیر علاقه‌مند در فعالیت‌های بهداشتی بوده که از طرف اداره کل آموزش و پرورش استان مازندران به عنوان مجری برنامه مروج سلامت در شهرستان بابل معرفی شدند. در این مطالعه نمونه پژوهش کلیه مدارس مجری برنامه مروج سلامت بود که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها چکلیست استاندارد ارزیابی ۱۰۰ امتیازی مدارس مروج سلامت مصوب وزارت

بتواند با بهبود شیوه زندگی سالم از بیماری‌های مزمن در جامعه پیشگیری نماید (۸).

برنامه مدرسه مروج سلامت (HPS)^۱ یک حرکت جهانی است که منشاء و مبداء آن در سال ۱۹۷۸ از برنامه «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» سازمان بهداشت جهانی آغاز شد و در نهایت در دسامبر ۲۰۰۵ میلادی طی نشست مشورتی کارشناسان حوزه سلامت مدارس و مدیران مربوطه از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در خصوص بهترین رویکرد این برنامه به توافق رسیدند (۹). HPS در ایران با ۷۰۰ مدرسه در کل کشور و در بابل نیز با یک مدرسه در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ آغاز و سال‌های بعد با تعداد مدارس بیشتری ادامه پیدا کرد. موکوما^۲ در یک مطالعه مروری سیستماتیک^۳ با عنوان ارزیابی HPS در مدارس نشان داد این برنامه در مدارس تأثیر مثبت داشته است، همچنین تأکید کرد که HPS باید بصورت یک برنامه تلفیقی در مدارس اجرا گردد. در این مطالعه، والدین و جوامع محلی و منطقه‌ای بعنوان ظرفیت‌های مهم در این برنامه شناخته شده‌اند. در این برنامه مداخلات ممکن است با شکست مواجه شوند نه به این دلیل که مداخله ضعیف بوده، بلکه ممکن است بطور ضعیف اجرا شده باشند. بنابراین بر مهم بودن نحوه اجرای برنامه تأکید کرده و پیشنهاد می‌کند مدارس با تلاش می‌توانند در اجرای HPS موفق باشند و این تلاش‌ها در هر صورت نیاز به پشتیبانی با سیاست‌های مناسب در مدارس دارد (۱۰). بخشی‌زاده در مطالعه خود با هدف ارزیابی HPS در شیراز نشان داد این برنامه باعث پیشرفت و افزایش شاخص‌های هشت گانه در مدارس، خصوصاً در مدارس روستایی شده است که تأکیدی بر کارآمدی و اثربخشی این برنامه می‌باشد (۹). لازم به ذکر است در مدارس عوامل متعددی

^۱ Health Promoting School (HPS)

^۲ Mukoma

^۳ Systematic Review Study

بهداشتی دانش آموزی، انجمن اولیا و مربیان و با استفاده از مشاوره‌های کارکنان بهداشتی درمانی، نواقص مشاهده شده و نارسایی‌های موجود را بر اساس راهنمایی‌های انجام شده برطرف نمایند. بعد از یک‌ماه، پرسشگران دوباره به همان مدارس مراجعه و چک‌لیست مرحله دوم را تکمیل نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS-18 تجزیه و تحلیل گردید. برای نمایش آمار توصیفی برای متغیرهای کمی در صورت نرمال بودن داده‌ها میانگین و انحراف معیار، در صورت غیرنرمال بودن میانه و دامنه میان چارکی و برای متغیرهای کیفی نیز فراوانی و درصد گزارش گردید. برای آمار تحلیلی نیز آزمون‌های تی زوجی^۱ برای مقایسه میانگین امتیازات زیرگروه‌ها در مرحله قبل و بعد از مداخله، تی مستقل^۲ و ANOVA برای مقایسه میانگین امتیازات زیرگروه‌ها در مرحله اول و مدل ANCOVA نیز برای مشخص شدن اثرات خام و تطبیقی ارتباط بین میانگین امتیازات چک لیست مرحله دوم با میانگین امتیازات چک لیست مرحله اول با حضور کلیه متغیرهای مورد مطالعه در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۶۳ مدرسه مورد بررسی در مطالعه، ۳۳ (۵۲/۴٪) مدرسه دخترانه و مابقی پسرانه بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد دانش‌آموزان و تعداد کارکنان به ازای هر مدرسه به ترتیب 287 ± 182 و 34 ± 21 می‌باشد (جدول ۱ نشان‌دهنده خصوصیات متغیرهای مورد بررسی می‌باشد).

میانگین اولین و دومین چک لیست از ۱۰۰ امتیاز به ترتیب $66/08$ و $71/79$ و میزان این ارتقاء امتیاز $5/71$ بود. میانگین کل نمرات چک لیست مرحله دوم نسبت به مرحله اول افزایش یافته و این افزایش در

بهداشت، و وزارت آموزش و پرورش بود. این چک‌لیست از دو بخش متغیرهای دموگرافیک، سازمانی و متغیرهای شاخص‌های اصلی تشکیل شده بود. شاخص‌های اصلی هم به ۹ معیار مستقل شامل معیارهای: ۱- مدیریتی با پنج سوال و ۵ امتیاز، ۲- برنامه جامع آموزش سلامت با هشت سوال و ۱۲ امتیاز، ۳- ارائه خدمات بالینی با یازده سوال و ۱۶ امتیاز، ۴- سلامت محیط مدارس با ۹۶ سوال و ۲۱ امتیاز، ۵- بهبود تغذیه در مدارس با ۳۲ سوال و ۱۲ امتیاز، ۶- تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی با پنج سوال و ۵ امتیاز، ۷- ارتقای سلامت کارکنان با شش سوال و ۸ امتیاز، ۸- خدمات سلامت روان و مشاوره‌ای با هشت سوال و ۱۱ امتیاز؛ و ۹- مشارکت والدین و جامعه در برنامه‌های ارتقای سلامت در مدارس و شبکه داوطلبان سلامت دانش‌آموزان با هشت سوال و ۱۰ امتیاز بود. برای امتیازدهی و جمع‌آوری داده‌ها ابتدا کارشناسان مجرب بهداشتی شاغل در مرکز بهداشت شهرستان بابل شناسایی و با اعلام موافقت آنها برای انجام پرسشگری، یک دوره آموزش یک‌روزه برای آنها برگزار گردید. پرسشگران آموزش دیده با معرفی‌نامه از طرف مدیریت مرکز بهداشت شهرستان بابل و با هماهنگی اداره آموزش و پرورش به کلیه مدارس مجری برنامه مروج سلامت مراجعه و با همکاری مدیر و مراقب بهداشت، چک‌لیست قبل از مداخله هر مدرسه را در طول یک روز کاری تکمیل نمودند. پس از تجزیه و تحلیل نتایج چک‌لیست تکمیل شده مرحله اول، موارد عدم انطباق با استانداردها به مدیر و مراقب بهداشت مدرسه مورد بررسی اعلام و آموزش‌های هدفمند بر اساس دستورالعمل راهنمای این برنامه در خصوص موارد نیاز به ارتقا و چگونگی مداخله داده شد. همچنین خلاصه‌ای از موارد آموزش و توصیه‌شده در دفتر بازدید مدرسه جهت پی‌گیری ثبت گردید و یک‌ماه به مدیر و مراقب بهداشت مدرسه فرصت داده شد که با همکاری شکل

¹ Paired-Sample T Test

² Independent-Sample T Test

جهت بررسی همزمان ارتباط بین میانگین امتیازات چک لیست مرحله دوم به عنوان متغیر وابسته با میانگین امتیازات چک لیست مرحله اول با حضور کلیه متغیرهای مورد مطالعه شامل منطقه جغرافیایی، مقطع تحصیلی، جنسیت، تعداد دانش آموزان و تعداد کارکنان به عنوان متغیرهای مستقل بر اساس آزمون ANCOVA، به صورت جداگانه (اثر خام) و ترکیبی (تطبیق داده شده) وارد مدل Univariate شدند. نتایج مدل نشان داد که فقط امتیازات کل چک لیست مرحله اول و منطقه جغرافیایی با امتیازات چک لیست مرحله دوم مرتبط و پیش‌بینی‌کننده آن است. نتایج نشان‌دهنده تأثیر بیشتر این برنامه در روستاییان بوده است (جدول ۸).

جدول ۱. خصوصیات مدارس شرکت کننده در برنامه مدارس مروج سلامت شهرستان بابل (تعداد کل مدارس، ۶۳ مدرسه)

متغیر	گروه‌های مدرسه	تعداد	درصد
منطقه جغرافیایی	شهری	۴۱	۶۵/۱
	روستایی	۲۲	۳۴/۹
جنسیت	دخترانه	۳۳	۵۲/۴
	پسرانه	۳۰	۴۷/۶
مقطع تحصیلی	ابتدایی	۲۴	۳۸/۱
	راهنمایی	۱۷	۲۷/۰
	دبیرستان	۲۲	۳۴/۹

تمام ۹ آیتم چک لیست وجود داشته و از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

در بررسی میانگین نمرات چک لیست مرحله اول بین مدارس واقع در مناطق شهری و روستایی بر اساس آزمون تی مستقل نتایج مطالعه نشان داد که هر چند نمرات مدارس شهری بالاتر از مدارس روستایی بوده، اما این اختلاف به سطح معنی‌داری نرسیده است ($p = ۰/۰۸۶$). همچنین این اختلاف بین مدارس دخترانه و پسرانه نیز بر اساس آزمون تی مستقل از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p = ۰/۴۰$). اختلاف میانگین نمرات چک لیست مرحله اول در مدارس ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان بر اساس آزمون ANOVA مشخص شد. این نمرات بین مقاطع تحصیلی اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p = ۰/۰۲۵$) و نتایج آزمون تعقیبی نیز این اختلاف را در مدارس ابتدایی و دبیرستان تأیید می‌کند.

در بررسی میانگین نمرات چک لیست مرحله دوم نسبت به مرحله اول مشخص شد این نمرات بصورت جداگانه در مدارس واقع در شهر- روستا؛ دخترانه- پسرانه؛ ابتدایی- راهنمایی و دبیرستان افزایش یافته و معنی‌دار بوده است (جدول ۳).

جدول ۲. میانگین نمرات کل و آیتم‌های ۹ گانه چک لیست مدارس مروج سلامت قبل و بعد از مداخله در ۶۳ مدرسه مجری برنامه شهرستان بابل

p-value*	(%95 CI)	MD	نمرات چک لیست مرحله اول		نمرات چک لیست مرحله دوم		محدوده نمرات	آیتم‌های ۹ گانه چک لیست
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۰/۰۰۳	(۰/۱۲ - ۰/۵۹)	-۰/۳۶	۲/۷۶	۱/۶۰	۲/۴۰	۱/۸۱	۰-۵	مدیریت
۰/۰۰۰	(۱/۱۸ - ۲/۴۳)	۱/۸	۹/۲۲	۲/۸۰	۷/۴۱	۳/۲۳	۰-۱۲	آموزش سلامت
۰/۰۰۲	(۰/۱۵ - ۰/۶۵)	-۰/۴	۱۳/۲۳	۲/۰۵	۱۲/۸۳	۲/۲۲	۰-۱۶	خدمات بالینی
۰/۰۰۱	(۰/۳۰ - ۱/۲)	-۰/۷۵	۱۶/۴۴	۲/۸۵	۱۵/۶۸	۳/۱۱	۰-۲۱	محیط مدارس
۰/۰۰۹	(۰/۱۲ - ۰/۸۳)	-۰/۴۸	۶/۸۰	۲/۲۸	۶/۳۲	۲/۵۵	۰-۱۲	بهبود تغذیه
۰/۰۰۸	(۰/۰۴ - ۰/۳۹)	-۰/۱۷	۴/۵۸	۰/۷۰	۴/۴۱	۰/۸۵	۰-۵	تحرک فیزیکی
۰/۰۱۱	(۰/۰۷ - ۰/۵۴)	-۰/۳۰	۲/۲۳	۱/۱۸	۱/۹۲	۱/۲۱	۰-۸	سلامت کارکنان
۰/۰۱۷	(۰/۰۹ - ۰/۹۷)	-۰/۵۳	۹/۰۷	۱/۸۸	۸/۵۴	۲/۳۹	۰-۱۱	سلامت روان
۰/۰۰۰	(۰/۴۴ - ۱/۳۱)	-۰/۸۸	۷/۴	۲/۶۳	۶/۵۲	۲/۸۳	۰-۱۰	مشارکت
۰/۰۰۰	(۴/۳۰ - ۷/۱۱)	۵/۷۱	۷۱/۷۹	۱۰/۹۶	۶۶/۰۸	۱۱/۹۹	۰-۱۰۰	نمره کل

MD=Mean Difference اختلاف میانگین مرحله دوم نسبت به مرحله اول. CI=Confidence Interval

*آزمون مورد استفاده Paired-Sample Ttest. سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$

جدول ۳. میانگین نمرات چک لیست مدارس مروج سلامت قبل و بعد از مداخله بر حسب متغیرهای در مطالعه

متغیر	زیر گروه‌ها	نمرات چک‌لیست مرحله اول		نمرات چک‌لیست مرحله دوم		MD	(%95 CI)	p-value*
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
منطقه	شهری	۶۷/۹۸	۱۲/۲۴	۷۲/۰۱	۱۲/۱۹	۴/۰۳	(۲/۵۹ - ۵/۴۶)	۰/۰۰۰
	روستایی	۶۲/۵۴	۱۰/۹۱	۷۱/۳۸	۸/۴۵	۸/۸۴	(۶/۱۴ - ۱۱/۵۳)	۰/۰۰۰
جنسیت	دخترانه	۶۷/۲۶	۱۳/۹۳	۷۲/۹۸	۱۱/۸۳	۵/۷۱	(۳/۶۷ - ۷/۷۶)	۰/۰۰۰
	پسرانه	۶۴/۷۸	۹/۴۹	۷۰/۴۸	۹/۹۶	۵/۷۰	(۳/۶۶ - ۷/۷۳)	۰/۰۰۰
مقطع تحصیلی	ابتدایی	۶۸/۸۸	۱۰/۵۳	۷۳/۷۶	۹/۱۷	۴/۸۷	(۲/۶۱ - ۷/۱۳)	۰/۰۰۰
	راهنمایی	۶۹/۲۶	۱۰/۸۷	۷۵/۲۰	۸/۹۵	۵/۹۴	(۲/۵۲ - ۹/۳۵)	۰/۰۰۲
	دبیرستان	۶۰/۵۶	۱۲/۸۱	۶۷/۰۱	۱۲/۸۱	۶/۴۴	(۴/۲۰ - ۸/۶۷)	۰/۰۰۰

MD=Mean Difference اختلاف میانگین مرحله دوم نسبت به مرحله اول. CI=Confidence Interval. * آزمون مورد استفاده Paired-Sample Ttest.

سطح معنی‌داری $p < 0/05$. محدوده نمرات ۰-۱۰۰ و نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر می باشد.

جدول ۴. ارتباط همزمان نمرات چک لیست مرحله دوم و مرحله اول با حضور متغیرهای مورد بررسی در مطالعه

متغیر	*p-value		اندازه اثر	قدرت مشاهده شده
	اثرات	تطبیقی		
منطقه جغرافیایی	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۲
مقطع تحصیلی	۰/۷۳۴	۰/۹۹۹	۰/۰۰	۰/۰۵
جنسیت	۰/۶۹۶	۰/۳۴۸	۰/۰۳	۰/۲۳
تعداد دانش آموزان در هر مدرسه	۰/۹۱۸	۰/۱۵۹	۰/۰۳	۰/۲۹
تعداد کارکنان در هر مدرسه	۰/۴۷۰	۰/۵۹۹	۰/۰۰	۰/۰۸
نمره کل چک لیست مرحله اول	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱

* آزمون مورد استفاده ANCOVA Test - Univariate model. سطح معنی‌داری $p < 0/05$. Adjusted R squared = ۰/۸۳۲. R squared = ۰/۸۰۸.

بحث

مقایسه نتایج دو ممیزی (دو چک لیست) نشان‌دهنده افزایش امتیاز کل و همچنین افزایش امتیازها در کلیه شاخص‌های ۹ گانه مدارس مروج سلامت بعد از مداخله در شهرستان بابل بوده که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. نتایج این مطالعه همسو با مطالعات دیگر نشان از تأثیر مثبت این برنامه در مدارس دارد. نعمتی در مطالعه خود با عنوان ارزیابی برنامه HPS در ۶۹۱ مدرسه تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نشان داد میانگین اولین و دومین ممیزی از ۱۰۰ امتیاز به ترتیب ۶۰/۲۹ و ۷۶/۰۵ و میزان ارتقاء ۱۵/۷۶ بوده که نشان از تأثیر این برنامه در مدارس دارد (۱۲). احمدیان و همکاران در مطالعه خود با بررسی مقایسه‌ای

امتیازات چک‌لیست اول و دوم در فاصله زمانی دو ماهه که در مشهد انجام شد، نشان دادند علیرغم فرصت زمانی کوتاه برای انجام مداخلات، افزایش امتیاز بر اساس چک‌لیست در کلیه مدارس مجری وجود داشته است. همچنین این نتایج تأییدکننده این موضوع است که حمایت مدیران در دو حوزه بهداشت و آموزش و پرورش می‌تواند در فراهم‌نمودن محیط‌های مناسب برای رشد و آموزش نوجوانان و جوانان کشور نقش مهمی داشته باشد و توصیه می‌شود با گسترش این برنامه و جلب مشارکت و درگیر نمودن فعال سایر بخش‌ها از این تلاش‌ها به صورت مضاعف بهره‌گیری شود تا شاهد بهبود در شاخص‌های سلامتی مدارس باشیم (۱۳).

ارتقای سطح سلامت در کنار سطح آموزش در مدارس خواهد شد (۱۵). اوهارا^۲ در مطالعه خود تأکید می‌کند که اگر چه بودجه در اجرای این برنامه مهم است، ولی کافی نخواهد بود و از آن مهمتر مدیریت، رهبری، همکاری و یکپارچگی در شاخص‌های HPS هستند (۱۶).

در این مطالعه HPS باعث بهتر شدن شاخص روان و مشاوره در مدارس با حضور یک مشاور در مدرسه، انجام برنامه‌های اجتماعی و تفریحی، آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان، آموزش به والدین در زمینه مهارت‌های فرزندپروری، شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات روانی و مراقبت از آنها شد. نتایج این مطالعه همسو با مطالعات دیگر از اثرات مثبت این برنامه در مدارس حمایت می‌کند (۱۷، ۱۸)؛ اما کوچکی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر برنامه HPS بر ویژگی‌های سلامت روانی دانش‌آموزان استان گلستان نشان دادند اجرای این برنامه در ایجاد و تثبیت رفتارهایی که نشانه سلامت روان دانش‌آموزان باشد، موفق نبوده است (۱۹). ارزیابی تغذیه‌ای از شاخص‌های دیگر این برنامه بوده و نشان از تأثیر HPS بر این شاخص با استفاده از ایجاد فضای فیزیکی به عنوان پایگاه تغذیه سالم، ارائه مواد غذایی و نوشیدنی سالم در مدرسه، نظارت و بازدید مداوم از بوفه مدرسه، فرهنگ‌سازی تغذیه سالم و انجام معاینات منظم کارکنانی که در بخش تهیه و توزیع مواد غذایی برای دانش‌آموزان کار می‌کنند، دارد. نوجوانی مرحله رشد فیزیکی و گذار از کودکی به بزرگسالی است که با عوامل فیزیولوژیکی شروع و تمام بدن را در بر می‌گیرد. این دوران یکی از مهمترین و حساسترین دوره‌های رشد انسان محسوب می‌شود (۲۰)، بنابراین برنامه‌ریزی مدون جهت اصلاح سبک زندگی دانش‌آموزان از طریق تأثیرات اجتماعی، فرهنگی و گنجاندن متن‌های آموزشی، تغذیه‌ای و ارائه الگوی

اینجلی^۱ و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی اجرای HPS در اسکاتلند نشان دادند که انجام آن منجر به تغییرات آنی در خدمات شده است، همچنین زمان لازم برای این تغییرات را مهم دانستند (۱۴).

برنامه‌های آموزش بهداشت در مدارس تأثیر بسیار زیادی در رشد و تکامل نوجوانان دارند و HPS نشان از تأثیر مثبت این برنامه در مدارس بابل داشته که باعث افزایش نمره امتیازات با انجام فعالیت‌های آموزشی بیشتر از جمله: نصب تابلو اطلاع‌رسانی در خصوص فعالیت‌های آموزشی مدرسه، مشخص شدن فردی بعنوان هماهنگ‌کننده برنامه‌های آموزشی در مدرسه، برگزاری جلسات توجیهی برای دانش‌آموزان و کارکنان در مرحله بعد از مداخله شده است. بسیاری از رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت نیز در سنین مدرسه شکل می‌گیرد. برنامه کشوری مدارس مروج سلامت روند تغییرات رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت را زیر نظر داشته و بررسی می‌کند. این رفتارها شامل عادات غلط غذایی، عدم رعایت بهداشت فردی، مخاطرات سلامت روان، بی‌حرکی، رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، مصرف مواد مخدر و الکل و خشونت می‌باشد که با آموزش شیوه زندگی سالم قابل تحقق هستند، بنابراین همه این‌ها نشان از اهمیت برنامه‌های آموزش بهداشت در مدارس دارد.

جزء مدیریتی در این برنامه از اجزای مهم به شمار می‌رود. در مطالعه حاضر برنامه HPS در این بخش با تشکیل کمیته سلامت مدرسه و شناسایی و حل مشکلات آن با کمک مشارکت‌های مدیریتی آموزش و پرورش و ظرفیت‌های محلی تأثیر مثبت داشته است. منابع محدود سبب عدم تعادل منابع بین جنبه‌های آموزشی و سلامتی در مدارس ایران گردیده است؛ استفاده از ابزاری موثر، سبب بهره‌گیری مناسب از منابع محدود موجود به منظور

² Ohara

¹ Inchley

اصول مهم برای ارتقاء سلامت است. مداخلاتی که کلیه سطوح جامعه از قبیل خانواده‌ها، مدارس، اعضای جوامع محلی، سیاست‌گزاران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، وسایل ارتباط جمعی و... را درگیر کنند، موفق تر هستند (۱۹).

با توجه به اینکه این برنامه در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ اجرایی شده و قدمت زیادی در کشورمان ندارد و همچنین بدلیل در دسترس نبودن نتایج مطالعات مرتبط با عنوان تحقیق، بهتر است تحقیقات مشابه و مکمل در سایر نقاط به عمل آید تا بتوان از مجموع بررسی‌های یادشده به نتایج بهتری دست یافت. همچنین تحقیقات بیشتری در زمینه نقاط قوت و ضعف برنامه مدارس مروج سلامت با فواصل زمانی مناسب در بابل مورد نیاز است.

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به اولین بررسی این برنامه در شهرستان بابل، درگیر نمودن تعداد ۶۳ مدرسه از مناطق شهری و روستایی و هر سه پایه تحصیلی در این برنامه و استفاده از چک‌لیست استاندارد اشاره کرد. نبود گروه کنترل و مدت زمان کوتاه جهت مداخله از محدودیت‌های مطالعه بوده است.

نتیجه‌گیری

برنامه مدارس مروج سلامت در بابل حتی با در نظر گرفتن زمان کوتاه، تأثیر مثبت در بهبود شاخص‌های مدارس داشت. بنابراین تداوم و پشتیبانی این برنامه در مدارس با حمایت دو ارگان بهداشت و آموزش و پرورش و همچنین توجیه و درگیر نمودن مسئولین مدارس، مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت می‌تواند بهبود قابل توجهی در شاخص‌های سلامتی مدارس ایجاد نماید، بنابراین پیشنهاد می‌گردد این برنامه در کلیه مدارس اجرا گردد.

صحيح مصرف مواد غذایی می‌تواند راهکار مناسبی جهت ارتقاء سلامت جامعه باشد (۲۱).

نتایج مطالعه نشان از تأثیر مثبت برنامه HPS بر سلامت، بهداشت محیط و ایمنی مدرسه با استفاده از نظارت بر آب آشامیدنی و سرویس بهداشتی مدرسه، تلاش برای ایجاد محیط ایمن در مدرسه، اقدام برای پیشگیری از حوادث و ایجاد فضای سبز در مدرسه دارد. دهقانپور و همکاران در مطالعه خود با عنوان بررسی تأثیر HPS بر بهداشت محیط در استان یزد نشان دادند این برنامه تغییر چندان در بهبود وضعیت بهداشت محیط و شرایط فیزیکی نداشته است، همچنین معتقد بودند اغلب مشکلات بهداشت محیط مدارس از عوامل فیزیکی ناشی می‌شود و همکاری و حمایت‌های علمی، عملی و مالی ارگان‌های مختلف را می‌طلبد، اما می‌توان با ارائه راهکارهایی نقاط ضعف احتمالی را کمتر کرد (۲۲).

تحرك فیزیکی و فعالیت بدنی یکی دیگر از اجزای این برنامه است که در این مطالعه نشان از تأثیر مثبت در مدارس با مشخص کردن زمانی برای انجام حداقل فعالیت فیزیکی دانش‌آموزان در مدرسه، داشتن برنامه‌هایی برای تشویق دانش‌آموزان به انجام فعالیت فیزیکی و در اختیار قرار دادن امکانات مناسب برای دانش‌آموزان جهت انجام فعالیت‌های ورزشی دارد. پیشرفت فن‌آوری در جوامع، زندگی را به سمت بی‌حرکی و افزایش بیماری‌های غیرواگیر سوق داده است (۲۳). با توجه به اهمیت فعالیت‌های ورزشی در مدارس، سیاست‌گزاران سلامت باید اقدامات مناسبی را از طریق آموزش و مشاوره جهت تشویق این گروه آسیب‌پذیر و والدین آنها به انجام فعالیت ورزشی مناسب و داشتن سبک زندگی سالم انجام دهند تا موجب ارتقاء سلامتی جامعه گردند. همچنین مشارکت والدین و جامعه در برنامه‌های ارتقاء سلامت یکی از شاخص‌های HPS است. بر طبق اصل حمایت همه جانبه^۱ که یکی از

¹ Advocacy

مدارس و کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی که در گردآوری داده‌های این تحقیق هماهنگی و تلاش نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کمک‌ها و زحمات معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل، اداره آموزش و پرورش بابل، مدیران محترم

References

- 1- Xu Long S, Pan Bao J, Lin Jin X, Chen LP, Yu Sen H, Jones J. Creating health- promoting school in rural china: a project started from deworming. *Health Promotion International* 2000;15(3):197-206.
- 2- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behaviour surveillance: United States, 2005. *J School Health*. 2006;76(7):353-72.
- 3- Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep*. 2006;17(3):27-43.
- 4- Eknayan G. A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2006;13(4):421-7.
- 5- Baker JL, Olsen LW, Sorensen T. Childhood body mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*. 2007;357(23):2329-37.
- 6- St Leger LH. Schools health literacy and public: possibilities and challenges. *Health Promot Int* 2001;16(2):197-205.
- 7- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
- 8- Knai C, Pomerleau J, Lock K, et al. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. *Prev Med*. 2006;42(2):85-95.
- 9- Bakhshizadeh R. The experiences and good functions in Shiraz University of Medical Sciences in the field of health promoting schools. National Conference and the First International Conference on Business and optimal performance in Primary health care system. North Khorasan University Medical Sciences. 2013;2. [in Persian]. Available at: <http://seminars.prsid.com/ViewPaper.aspx?ID=1170>.
- 10- Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promot Int*. 2004;19(3):357-68.
- 11- administrative Instruction health promoting schools in the Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education and Ministry of Education. Academic year 2010-2011;pp:7. [in Persian].
- 12- Nemati K. Evaluation of health promoting school Programme under the supervision of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. National Conference and the First International Conference on Business and optimal performance in Primary health care system. North Khorasan University Medical Sciences. 2013;2. [in Persian]. Available at: <http://seminars.prsid.com/ViewPaper.aspx?ID=11704>.
- 13- Ahmadian M, Khodae GH, Abbasian T. The experiences and functions report of comparative study the results of the first and second external audit concessions in The health promoting schools programme- Mashhad University of Medical Sciences in the academic year 2010-2011. National Conference and the First International Conference on Business and optimal performance in Primary health care system. North Khorasan University Medical Sciences. 2013;2. [in Persian]. Available at: <http://journals.nkums.ac.ir/index.php/ICBPHC/article/view> /.
- 14- Inchley J, Muldoon J, Currie C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promot Int*. 2007;22(1):65-71.
- 15- Moslemi Aghili MM, Jonidi Jafari A, Zia-oddini H. The Assessment of Establishment and Maintenance of the Health Management System in Schools and Grading for Awarding Stars (H.S.E-ms). *Journal of Isfahan Medical School*. 2010;28(107):248-58. [in Persian].
- 16- O'Hara J, McNamara G. Process and product issues in the evaluation of school development planning. *Evaluation*. 2001;7(1):99-109.

- 17- Haraldsson K, Lindgren EC, Fridlund B, Baigi AM, Lydell M, Markland BR. Evaluation of a school-based health promotion programme for adolescents aged 12-15 years with focus on wellbeing related to stress. *Public Health*. 2008;122(1):25-33.
- 18- Covell M. Efficacy of a school-based cardiac health promotion intervention program for African-American adolescents. *Applied Nursing Research*. 2008;21(4):173-80.
- 19- Kochaki GM, Kochaki AM, Charkazi AR, Bayani AA, Esmaili AL, Shahnazi H. Investigating the Effect of Implementing the School Based Health Promotion Program on Students' Mental Health. *Knowledge & Health*. 2011;5(4):14-9. [in Persian].
- 20- Jamie S. Nutrition in Adolescence. In: Kathleen Mahan L, Escott- Stump S, editors. *Krause's food & nutrition therapy*. 12th ed. Philadelphia: WB Saunders Co Press;2008.p.246-254.
- 21- Delvarian-Zadeh M, Khosravi A, Taghavi NS, Bolbol-Haghighi N, Sadeghian F, Khatibi MR. Nutritional Evaluation of Adolescent Middle School Girls in Shahroud. *Knowledge & Health*. 2012;7(1):14-9.[in Persian].
- 22- Dehghanpur M, Falahzadeh A, Akrami z, Sharifi m, Dehghanpur a. Survey the impact of implementation of the health promoting schools on environmental health and physical agents on health promoting schools in Yazd province. 16TH National Conference on Enviromental Health. Tabriz Universityof Medical Sciences. 2013:[in Persian]. Available at: congress.tbzmed.ac.ir/be/Abstract/13835.
- 23- Najarmohyabadi M, Sadeghi Avval Shahr H, Amini L, Haghani H. Assessment level of physical activity and its associated beliefs. *IJNR*. 2014;9(1):40-7.[in Persian].