



The Experience of Education and Training and Health Education Specialists With Available Obstacles on Aspects of Planning Health Education and Health Promotion in Schools With Emphasis on Problem Solving Solutions

Mohammad Azimi

Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Farhangian University, Tabriz, Iran

Article Information

Article history:

Received: 2016/11/27

Accepted: 2017/04/24

Available online: 2017/09/03

EDCBMJ 2017; 10(4): 245-254

Corresponding author at:

Dr. Mohammad Azimi
Department of Educational
Sciences, Faculty of
Psychology and Educational
Sciences, Farhangian
University, Tabriz, Iran

Tel: +98914590265

Email:
mohammadazimi86@yahoo.com



Abstract

Background and Aims: Identifying available obstacles is a necessity on health education and health promotion planning aspects in society. Therefore the aim of this study is to investigate obstacles and available solutions on aspects of health education and health promotion planning with the experience of specialists in education and health education.

Methods: The present qualitative study with a phenomenological approach continued on 15 specialists of education and training and health education by using the method of purposeful sampling and competing data, in compliance with the confidentiality of information and the possibility to leave the study at any time in summer 2016. The method of collecting data was conducted through open and semi-structured deep interview.

Results: By analyzing and integrating principal components, three main components were identified and, 20 sub-components were extracted by analyzing principal components. The main components of obstacles on planning aspect includes health concepts in textbooks, shortage of time for training information and etc. The main component of the obstacles on performance aspect includes lack of expert teachers, shortage of time, the lack of health workers and etc.

Conclusion: The results showed that the most important available obstacle on aspects of health education planning and health promotion was the lack of expert and interested teachers among the obtained factors from analyzing the responses of education and health education experts.

Keyword: Health Education and Health Promotion, Planning Aspects, Specialists, Schools

Copyright © 2017 Education Strategies in Medical Sciences. All rights reserved.

How to cite this article:

Azimi M. Experiences of Education and Training of Health Professionals in Aspects of Planning Obstacles Health Education and Health Promotion in Schools With Emphasis on Solutions to Fix it. Educ Strategy Med Sci. 2017; 10 (4) :245-254



تبیین تجربه متخصصین تعلیم و تربیت و آموزش بهداشت با موانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس با تأکید بر راهکارهای برای رفع آن

محمد عظیمی

گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تبریز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و اهداف: تلاش برای شناسایی موانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در جامعه به‌عنوان یک ضرورت مطرح است. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی موانع و راهکارهای موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت باتجربه متخصصین تعلیم و تربیت و آموزش بهداشت است.

روش بررسی: مطالعه کیفی حاضر با رویکرد پدیدارشناسی در تابستان ۱۳۹۵ بر روی ۱۵ متخصص تعلیم و تربیت و آموزش بهداشت به روش نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع داده‌ها، با رعایت محرمانه بودن اطلاعات و امکان ترک مطالعه در هر زمان که مایل بودند، ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق باز و نیمه ساختاریافته انجام گرفت.

یافته‌ها: با تحلیل و ادغام مؤلفه‌های اصلی، ۳ مؤلفه اصلی شناسایی و با تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۲۰ مؤلفه فرعی استخراج گردید. مؤلفه اصلی موانع در لایه برنامه‌ریزی شامل مفاهیم بهداشتی در کتاب‌های درسی، زمان کم آموزش اطلاعات و... قرارگرفته‌اند. مؤلفه اصلی موانع در لایه اجرا شامل عدم معلم متخصص، زمان کم، عدم استفاده از فعالان بهداشتی و... بود.

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های فرعی به‌دست‌آمده از تحلیل پاسخ‌های متخصصین تعلیم و تربیت و آموزش بهداشت، مهم‌ترین مانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، عدم وجود معلمان متخصص و علاقه‌مند می‌باشد.

کلمات کلیدی: آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، لایه‌های برنامه‌ریزی، متخصصین، مدارس

تاریخچه مقاله
دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۰۷
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۴
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۶/۱۲
EDCBMJ 2017; 10(4): 245-254

نویسنده مسئول:

دکتر محمد عظیمی

گروه علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی،
دانشگاه فرهنگیان، تبریز، ایران

تلفن:

۰۹۱۴۵۹۶۰۲۶۵

پست الکترونیک:

mohammadazimi86@yahoo.com



کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی محفوظ است.

مقدمه

از نظر تقویمی بیشتر طول سال در مدرسه حضور دارند. علاوه بر مهارت‌های آکادمیک دانش آموزان هم‌چنین انتظارات فرهنگی و مهارت‌های اجتماعی که رفتارهای بهداشتی را به شکلی قوی تحت تأثیر قرار می‌دهند یاد می‌گیرند. [۱]

آموزش بهداشت بخشی جدایی‌ناپذیر از برنامه آموزش و پرورش برای همه دانش آموزان است. برنامه‌های درسی آموزش بهداشت باید نمایشگر دانش ضروری، نگرش، و مهارت‌ها باشند. برنامه آموزش بهداشت جامع برای ارتقای زندگی سالم و تضعیف رفتارهای بهداشتی پرخطر در میان همه دانش آموزان طراحی شده است [۵] تا کودکان در مورد حفظ سلامت خود مسئولانه عمل کنند، آموزش بهداشت پایه و اساس ترویج سلامت

مدارس محیطی ایده آل برای ارتقای سطح سلامت هستند و می‌تواند یک بستر مناسب برای یادگیری و تمرین رفتارهای مثبت بهداشتی فراهم آورند [۱]. کودکان بخش زیادی از وقت خود را در مدرسه صرف می‌کنند در نتیجه مدارس پتانسیل اینکه یک دامنه پر قدرت نفوذ بر سلامت کودکان باشند را دارا هستند [۲] تلاش برای جلوگیری از رفتارهای آسیب‌رسان سلامت بهتر است که در سنین پایین‌تر شروع شود تا در بزرگسالی مجبور به تلاش برای تغییر عادت‌های تثبیت‌شده نشود [۳]. مدارس می‌توانند نقش بسیار مهمی در بهبود سلامت کودکان که در نتیجه منجر به تبدیل شدن آن‌ها به بزرگسالان سالم خواهند شد بازی کنند. کودکان و نوجوانان به‌طور کلی پنج روز در هفته و

است که به‌عنوان یکی از اجزای ارتقای بهداشت مدارس محسوب شده و بخش مهم اجزای دیگر نیز محسوب می‌شود [۶] با توجه به تأکید منشور اوتاوا بر آموزش به‌عنوان پیش‌نیاز سلامت، سازمان جهانی بهداشت مدارس مروج سلامت را بر اساس منشور اوتاوا تعریف کرده است که در آن بر برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس و مشارکت والدین و جامعه در برنامه‌های ارتقای سلامت در مدارس به‌عنوان اجزایی از آن تأکید گردیده است [۷،۸].

نوجوانان گروه هدف مناسب برای آموزش بهداشت و برنامه‌های ارتقای سلامت هستند، زیرا بسیاری از رفتارهایی که مربوط به علل اصلی مرگ‌ومیر و ابتلا میان جوانان و بزرگسالان، در دوران نوجوانی توسعه و یا تقویت می‌یابد. این رفتارها شامل استفاده از دخانیات، الکل و مواد دیگر، فعالیت جنسی محافظت نشده، رژیم غذایی نامتناسب، عدم فعالیت فیزیکی، و رفتارهایی که به‌طور غیرعمدی منجر به جراحات و خشونت می‌شود این رفتارهای بهداشتی می‌تواند توسعه بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و دیابت، که در حال حاضر از علل عمده زودرس مرگ‌ومیر در ایالات‌متحده و جهان غرب است را تحت تأثیر قرار دهد [۹] و بر اساس داده‌های ثبت مرگ معاونت سلامت عوامل خطر مذکور در ایران نیز جزو ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد [۱۰]. بیشتر شواهد نشان می‌دهند که بسیاری از این رفتارها تعیین گره‌های مشابه دارند که این مسئله فرصت‌هایی برای برنامه‌های یکپارچه که رفتارهای چندگانه را مخاطب قرار می‌دهند فراهم می‌کند. با این حال، بیشتر برنامه‌های ارتقای سلامت نوجوان تنها یک دامنه رفتاری را مخاطب قرار می‌دهند [۱۱] لذا به دلیل اهمیت شناسایی فاکتورهای مؤثر در پذیرش رفتارهای بهداشتی و ارتقای سلامت در قشر دانش‌آموز و سخت‌تر بودن تغییر عادات ناسالم پذیرفته‌شده در دوران جوانی در بزرگسالی بایستی به این امر در قوانین و اسناد بالادستی و به‌تبع آن در مدارس توجه وافر شود [۱۲-۱۳] به همین خاطر دانش‌آموزان باید از رفتارهای بهداشتی صحیح آگاه باشند تا بتوانند آن را در جهت بهبود سلامت و کیفیت زندگی خود به کاربندند [۱۴].

Ramezan Ali به نقل از Colbie نقش مدارس را در کسب آموزش و بهداشت مرتبط و وابسته توصیف کرده است و مدارس را یکی از راه‌های همگانی و مطلوب که دستیابی به این دو هدف را فراهم آورده و از تسهیلات، کارکنان و نظام کارآمد برای حفظ و تقویت بهداشت جوامع برخوردار هستند توصیف می‌کند [۱۵]. تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتار دانش‌آموزان در خصوص فعالیت جسمانی، رفتارهای تغذیه‌ای و بهداشت جنسی، سلامت ذهنی، مصرف مواد و سیگار و خشونت در مطالعات انجام‌شده در ایران و سایر مطالعات مورد تأیید قرار گرفته است [۱۶]

آموزش مدرن باید به جوانان برای تعیین ارزش‌ها و پذیرش مسئولیت برای سلامت و رفتار اجتماعی خود کمک کند. موفقیت در ارتقای بهداشت مدارس نیاز به تلاش‌های مشترک از هر دو بخش بهداشت و آموزش دارد. برنامه‌های آموزش بهداشت باید شامل ارائه اطلاعات، بررسی ارزش‌ها و نگرش، و ایجاد تصمیم‌گیری‌های سلامت و کسب مهارت‌ها به‌منظور تواناسازی در تغییر رفتار باشد. برنامه جامع شامل آموزش معلمان، برنامه درسی توسعه‌یافته، مشارکت اجتماعی، تغییر در سیاست و اعمال، و پژوهش است که تمام این اجزای برای ساخت یک مدل موفق ارتقای دهنده سلامت موردنیاز می‌باشد [۱۴]. توسعه برنامه درسی که یک فرایند آموزشی کلیدی برای توسعه‌دهندگان آموزشی مدارس است اجازه می‌دهد تا یک دوره آموزشی برای رفع نیازهای تعریف‌شده طراحی شود [۱۰]. برنامه‌ریزی آموزشی باید برای ترویج تفکر مرتبه بالاتر در میان تمام دانش‌آموزان اصلاح شود؛ قدرت و تصمیم‌گیری باید به این منظور که به مدارس اجازه دهد تصمیم‌گیری‌های مهم‌تر آموزشی را اتخاذ کنند غیرمتمرکز شود. [۱۵].

یکی از راه‌های مؤثر و انکارناپذیر ارتقای کیفیت آموزش، برنامه‌ریزی درسی است که چنانچه به‌طور صحیح و متناسب با نیازهای جامعه و دانش‌آموزان انجام نگردد، نیازهای یادگیری برآورده نشده و یادگیری سطحی و ناپایدار خواهد بود. برنامه‌ریزی درسی فرآیندی است برای تعیین هدف‌های مناسب و تشخیص مسائل، نیازها، امکانات و محدودیت‌هایی که برای رسیدن به آن هدف‌ها موجود است [۱۶].

بنابراین شناسایی موانع آموزش بهداشت و ارتقای سلامت می‌تواند این فرصت را در اختیار معلمان و دانش‌آموزان قرار دهد تا دانش، اطلاعات و مهارت‌هایی را کسب کنند که در طول زندگی، آن‌ها را به‌سوی عادات و رفتارهای بهداشتی مناسب رهنمون خواهد ساخت جمالیان (۱۳۹۲) نیز درستی این نگاه را تأیید کرده و شناسایی موانع سلامت افراد جامعه را بزرگ‌ترین پشتوانه یک کشور دانسته است؛ به‌گونه‌ای که برای داشتن یک جامعه سالم، شناسایی موانع سلامت دانش‌آموزان را به‌عنوان یک ضرورت مطرح می‌کند، ضمن اینکه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را حق دانش‌آموزان می‌داند تا بدین‌وسیله آن‌ها را به چگونگی مراقبت از خود و در امان ماندن از عوامل بیماری‌زا، تأمین سلامت خود، آگاهی از آن و، مهم‌تر، کسب فن و مهارت آگاه کند [۱۷]. به نظر او این دانش و مهارت باید در دوران تحصیل در دسترس دانش‌آموزان قرار گیرد.

لذا با توجه به اهمیت و نقشی که سلامت در زندگی هر یک از ما دارد و از آنجاکه به‌عنوان یک منبع مهم در توسعه‌ی

انجام و ضبط گردید. به این ترتیب موارد زیر به عنوان نکات اخلاقی که در این بررسی به آن‌ها توجه شد، به اطلاع افراد شرکت‌کننده رسید. الف) اطلاعات به دست آمده در مصاحبه بدون ذکر نام شرکت‌کنندگان استفاده شده است. ب) به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که گفته‌های ایشان محرمانه خواهد بود و در هیچ جا به نفع یا علیه ایشان مورد استفاده قرار نخواهد گرفت. ج) مصاحبه‌کننده از گفته‌های افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها به‌طور دقیق و بدون هرگونه دخل و تصرف در صحبت‌های افراد استفاده کرده است. د) سخنان اهانت‌آمیز به اشخاص حقیقی و حقوقی در صورت وجود، از سخنان شرکت‌کنندگان حذف شد و فرد شرکت‌کننده در جریان حذف این بخش از سخنانش قرار گرفت.

به منظور حفظ صحت و استحکام داده‌ها در این پژوهش، سؤالات تحقیق در جهت کاهش یا حذف احتمال ارائه اطلاعات نادرست از سوی متخصصین تعلیم و تربیت و بهداشت به شیوه‌های مختلف از شرکت‌کنندگان پرسیده شد. به این ترتیب ثبات پاسخ‌ها مشخص گردید. از آنجاکه روش جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق روش مصاحبه عمیق بود، سعی شد که مصاحبه‌ها با دقت و بدون سوگیری انجام شود تا به میزان کافی مطالب در مورد سؤالات پرسیده شود، به صورتی که اگر محقق دیگری در همان وضع یا وضع مشابه فرایند را تکرار کند به همان پاسخ‌ها یا پاسخ‌های مشابه دست یابد. همچنین برای اطمینان از قابل اعتماد بودن تحلیل داده پژوهشگر با مراجعه به هر یک از متخصصین، نظر آنان را در مورد این که آیا توصیف جامع و نهایی یافته‌ها منعکس‌کننده تجربه آن‌ها است یا نه، جویا شد (Member check). در صورت حذف یا اضافه کردن مطلبی توسط متخصصین، این مسئله در متن نهایی داده‌ها لحاظ گردیده است. به عبارتی می‌توان گفت شیوه اصلی حفظ روایی و پایایی داده‌ها در این پژوهش، ثبت مصاحبه‌ها و تأیید توصیف‌های نهایی توسط متخصصین بود.

شایان ذکر است از آنجاکه در این پژوهش بر اصل محرمانه ماندن اسامی افراد تأکید شده است، لذا افراد شرکت‌کننده به ترتیب انجام مصاحبه‌ها، با حروف الفبا مشخص شده‌اند. همچنین در این مقاله بر اساس ادبیات ارجحیت شخص

(People first language) سعی شده است از به کارگیری کلمات دارای بار منفی نظیر معلول، ناتوان و یا بیمار اجتناب گردد. مؤلفین از کلمات دارای بار مثبت استفاده کرده‌اند، اما در نقل قول‌های افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها، به منظور حفظ امانت‌داری کلماتی که خودان افراد شرکت‌کننده به کار گرفته‌اند، نوشته شده است. به منظور تفسیر و تجزیه و تحلیل اطلاعات

اقتصادی، اجتماعی و فردی مطرح می‌شود، توجه به این امر خطیر از وظایف مهم هردولتی به شمار می‌رود و ما نیز برای دستیابی به این هدف ارزشمند، یعنی ارتقای سلامت، نیازمند شناسایی موانع موجود در آموزش بهداشت در مدارس هستیم؛ آموزش‌هایی در زمینه ایجاد رفتار، بهداشت و سلامت که در کشورهای گوناگون، به‌ویژه در کشور ما، مدارس و محتوای دروس بهترین پایگاه عملیاتی کردن آن‌ها هستند. در این راستا، این مطالعه قصد دارد با شناسایی موانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت توسط متخصصین تعلیم و تربیت این فرصت را در اختیار معلمان و دانش‌آموزان قرار دهد تا دانش، اطلاعات و مهارت‌هایی را کسب کنند که در طول زندگی، آن‌ها را به سوی عادات و رفتار بهداشتی مناسب رهنمون خواهد ساخت. بنابراین در پژوهش حاضر از روش کیفی درک متخصصین تعلیم و تربیت و بهداشت از موانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به روش پدیدارشناسی استفاده شد.

روش بررسی

این تحقیق به شیوه کیفی و با بهره‌گیری از روش پدیدارشناسی توصیفی به تبیین تجربه متخصصین تعلیم و تربیت و بهداشت پرداخته است. متخصصین شرکت‌کننده در این پژوهش از هر دو جنس بودند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند از متخصصین تعلیم و تربیت دانشگاه تبریز، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۵ انتخاب و با انجام پانزده مصاحبه، در ۴۵ دقیقه برای هر مصاحبه اطلاعات به اشباع رسید و لذا مصاحبه‌های بیشتر نیاز نداشت.

در این تحقیق از روش مصاحبه عمیق جهت جمع‌آوری داده بهره گرفته شده است. مصاحبه‌ها توسط محقق به شیوه فردبه‌فرد و به صورت حضوری، در مدت ۴۵ دقیقه و در یک جلسه در محل کار افراد و در سازمان‌ها انجام شد. سؤالات در طی یک مصاحبه نیمه ساختاریافته مطرح شدند و افراد شرکت‌کننده به آن‌ها پاسخ دادند. سؤال اصلی مطرح‌شده در این بخش شامل این بود که دیدگاه یا تجارب شما از موانع لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت چیست؟ عبارات و نظرات مصاحبه‌شونده توسط دستگاه ضبط صوت، ضبط شد و پس از اتمام جلسه مصاحبه، لفظ به لفظ متن مصاحبه پیاده شد. به منظور رعایت اصول تحقیق، عبارات و جملات افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها با حفظ معنی به صورت ادبیات نگارشی نوشته شد. در این پژوهش به منظور رعایت نکات اخلاقی قبل از شروع مصاحبه، فرد شرکت‌کننده از هدف انجام طرح و مصاحبه آگاه شد و با رضایت کتبی از حضور در پژوهش، مصاحبه

نسبت به تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام گردید. این تعداد جمله در طی مطالعات بعدی به ۴۹ جمله تقلیل یافت. در نهایت با بررسی این جملات و معانی آن‌ها ۱۹ جمله کلیدی گزینش شد و سه مؤلفه اصلی پژوهش انتخاب گردید.

زمینه کلی، مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد از میان ۲۰ محور به‌دست‌آمده از تحلیل پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان به پرسش هفتم، عدم وجود معلمان متخصص و علاقه‌مند و باحوصله از مهم‌ترین موانع بر سر راه برنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانش آموزان می‌باشد.

به‌دست‌آمده در این تحقیق، از روش Colaizzi بهره گرفته شده است. مراحل کار به ترتیب زیر بود.

(الف) شرح دادن پدیده موردنظر

(ب) گردآوری توصیف‌های شرکت‌کنندگان در مورد پدیده

(ج) مطالعه تمام توصیف‌هایی که شرکت‌کنندگان در مورد

پدیده‌اند موردنظر بیان کرده‌اند

(د) مراجعه به نوشته‌های اصلی و استخراج جملات مهم

(ه) مشخص شدن معنی هرکدام از جملات مهم

(و) سازمان‌دهی معانی فرموله شده در خوشه‌های مضمون

(ز) یک توصیف جامع و کامل

یافته‌ها

بامطالعه مکرر متون پیاده شده، ۱۱۰ جمله دارای اهمیت ویژه انتخاب شدند. به‌طوری‌که با شیوه تجزیه و تحلیل Colaizzi

جدول ۱. کدگذاری آزاد، گزینش کدهای محوری، فراوانی پاسخ متخصصین و مشخص کردن تم‌های اصلی

مضمون‌های اصلی	تکرار (فراوانی)	مضمون فرعی	از نظر شما چه موانعی بر سر راه است؟ این موانع در لایه برنامه‌ریزی است یا اجرای برنامه یا هردو یا ارزشیابی؟ چه راهکارهایی برای رفع موانع به ذهن‌تان می‌رسد؟
موانع در لایه برنامه‌ریزی	۷	تمام آموزش مفاهیم بهداشتی در قالب کتاب درسی ۱	۱. تمام آموزش مفاهیم بهداشتی در قالب کتاب درسی است
		زمان کم آموزش و حجم زیاد مطالب اطلاعات در کتب درسی کلی و فاقد نیازمندی‌های محلی و منطقه‌ای ۲ کمبود منابع علمی و اطلاعاتی	۲. اجرای برنامه‌ها دچار مشکل است ۳. عدم وجود معلم متخصص و باحوصله در آموزش بهداشت ۴. زمان کم آموزش و حجم زیاد مطالب ۵. پیشنهادهای یک فرد دیگر در کنار معلم ثابت در دوره ابتدایی به آموزش بهداشت بیفزاید ۶. آموزش بهداشت و سلامت ابتدا خود معلمان و کارکنان و مسئولان مدارس آغاز شود و بعد برای دانش آموزان اجرا شود ۷. موانع در لایه برنامه‌ریزی است یک برنامه خوب و منسجم مفاهیم بهداشتی وجود ندارد
موانع در لایه اجرا	۱۷	کمبود اطلاعات و ضعف در اطلاع‌رسانی مفاهیم بهداشتی ۲ نامناسب بودن کیفیت چاپ کتابها ۱	۸. اشکال در لایه برنامه‌ریزی و اجرا هردوست . ۹. عدم استفاده از فعالان بهداشتی در آموزش بهداشت و سلامت به دانش آموزان در مدارس
		عدم وجود معلمان متخصص و ارتقای سلامت زمان کم آموزش و حجم زیاد مطالب ۱ عدم استفاده از فعالان بهداشتی در آموزش بهداشت و سلامت به دانش آموزان در مدارس ۳ عدم استفاده از روشهای نوین تدریس ۳ کمبود امکانات و تجهیزات کمک آموزشی ۳ محدودیت بودجه و تخصیص نامناسب اعتبارات ۲	۱۰. عدم وجود معلمان متخصص در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۱. عدم استفاده از افرادی که دارای تجربه مستمر در کار آموزش بهداشت به کودکان می‌باشند در هنگام برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بهداشتی ۱۲. عدم پوشش مطالب کتب درسی در آموزش سواد بهداشتی در هر سه حیطه دانش، مهارت و نگرش ۱۳. عدم وجود مدیران متخصص، باصداقت و شجاع در تمامی لایه‌های برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی آموزش بهداشت ۱۴. موانع در عدم نگرش درست در برنامه‌ریزی - عدم اجرای درست برنامه و ضعف و ارزیابی ضعیف است ۱۵. استفاده صرف از روش سخنرانی در آموزش بهداشت ارتقای سلامت ۱۶. تلفیق مفاهیم و اصول بهداشتی در تمام دروس و کتبها و موقعیت‌های آموزشی ۱۷. پیشنهاد این است که پکیج‌های آموزشی مختلف برای قشرهای مختلف کشور در نواحی مختلف و در سطوح مختلف تحصیلی طراحی شود ۱۸. بانک آموزش بهداشت برای سراسر کشور ایجاد شود ۱۹. عدم آشنایی با رویکردهای جدید آموزش بهداشت در دنیا
پیشنهادات	۱۹	آموزش بهداشت ابتدا از خود معلمان و پرسنل و	

		<p>مسئولان مدارس آغاز شود و بعد برای دانش آموزان اجرا شود ۳</p> <p>یک مربی دیگر در کنار معلم ثابت در دوره ابتدایی به آموزش بهداشت بپردازد ۱</p> <p>تغییر سیستم آموزش بهداشت در کشور و استفاده از تجربه مستقیم طبیعت ۴</p> <p>تغییر نگاه معلمین و مسئولان به چگونگی و رویکرد آموزش بهداشت به کودکان ۲</p> <p>ایجاد فرصت تجربه ، خاطره و دریافت احساسات عاطفی بچه ها با طبیعت ۳</p> <p>تلفیق مفاهیم بهداشتی در تمام دروس و کتب ها و موقعیت های آموزشی ۲</p> <p>طراحی پکیج های آموزشی مختلف برای قشرهای مختلف کشور در نواحی مختلف و در سطوح مختلف تحصیلی ۲</p> <p>بانک آموزش بهداشت و سلامت برای سراسر ایجاد شود ۲</p>	<p>۲۰. تغییر سیستم آموزش بهداشت در کشور و استفاده از تجربه مستقیم طبیعت در آموزش بهداشت به دانش آموزان</p> <p>۲۱. تغییر نگاه معلمین و مسئولان به چگونگی و رویکرد آموزش بهداشت به کودکان</p> <p>۲۲. ایجاد فرصت تجربه ، خاطره و دریافت احساسات عاطفی بچه ها با طبیعت</p> <p>۲۳. اطلاعات آموزشی بهداشت در کتب درسی دانش آموزان کلی و فاقد نیازمندی های محلی و منطقه ای است.</p> <p>۲۴. کمبود امکانات و تجهیزات کمک آموزشی و ... جهت ارائه ای آموزش های بهداشتی .</p> <p>۲۵. کمبود منابع علمی و اطلاعاتی در زمینه ای آموزش بهداشت در سطح مدارس و در مقاطع مختلف تحصیلی.</p> <p>۲۶. کمبود اطلاعات و ضعف در اطلاع رسانی آموزش بهداشت برای نظام برنامه ریزی درسی وزارت آموزش و پرورش.</p> <p>۲۷. محدودیت بودجه و تخصیص نامناسب اعتبارات.</p> <p>۲۸. کیفیت فعلی چاپ کتاب های درسی از میزان اثرگذاری پیام های تصویری زیست محیطی می کاهد.</p> <p>۲۹. عدم آموزش بهداشتی معلمان</p> <p>۳۰. کمبود تجهیزات و وسایل کمک آموزشی</p> <p>۳۱. ضعف در سیستم اطلاع رسانی</p> <p>۳۲. عدم استفاده از روش های نوین تدریس</p> <p>۳۳. محتوای آموزش بهداشت کتاب های درسی نامناسب است و نیاز به تجدید نظر در محتوای بهداشت دارد</p> <p>۳۴. ایجاد فرصت تجربه کردن آموزش بهداشت و انجام فعالیتهای عملی</p> <p>۳۵. کمبود تجهیزات و امکانات آموزشی</p> <p>۳۶. استفاده از روش های فعال تدریس</p> <p>۳۷. ایجاد فرصت مشارکت فعال و تجربه طبیعت</p> <p>۳۸. عدم استفاده از روش های نوین تدریس</p> <p>۳۹. کمبود بودجه</p> <p>۴۰. عدم توجه به نیازها ی محلی و منطقه ای در تدوین محتوای آموزش بهداشت کتب درسی</p> <p>۴۱. عدم تناسب حجم مطالب با زمان آموزش</p> <p>۴۲. عدم وجود معلمان متخصص و علاقمند</p> <p>۴۳. عدم استفاده از فعالان آموزش بهداشت در آموزش</p> <p>۴۴. تغییر سیستم آموزشی و استفاده از رویکرد مدارس طبیعت در آموزش</p> <p>۴۵. آموزش بهداشت ابتدا از نظام آموزشی، مسئولان ، معلمان و دست اندرکاران آن آغاز شود</p> <p>۴۶. طراحی بسته ها و پکیج های آموزش بهداشت با توجه به نیاز مناطق مختلف</p> <p>۴۷. تلفیق مفاهیم و اصول بهداشتی در تمام دروس و کتابها و در تمام ساعات آموزشی</p> <p>۴۸. راه اندازی بانک آموزش بهداشت و ارتقای سلامت</p> <p>۴۹. عدم وجود معلمان علاقمند و حساس به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت</p>
--	--	---	---

جدول ۲. زمینه کلی، مؤلفه‌های اصلی، مولف‌های فرعی، فراوانی، درصد و رتبه موانع موجود در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از دیدگاه متخصصین

موانع بر سر راه برنامه‌های ارتقا آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانش‌آموزان					
ردیف	مؤلفه‌های اصلی	مؤلفه‌های فرعی	فراوانی	درصد	رتبه
۱	موانع در لایه‌های زیرین	تمام آموزش مفاهیم بهداشتی در قالب کتاب درسی است	۱	۲/۳۳	۵
۲		زمان کم آموزش و حجم زیاد مطالب	۱	۲/۳۳	۵
۳		اطلاعات در کتب درسی کلی و فاقد نیازمندی‌های محلی و منطقه‌ای	۲	۴/۶۵	۴
۴		کمبود منابع علمی و اطلاعاتی	۲	۴/۶۵	۴
۵		کمبود اطلاعات و ضعف در اطلاع‌رسانی مفاهیم بهداشتی	۲	۴/۶۵	۴
۶		نامناسب بودن کیفیت چاپ کتابها	۱	۲/۳۳	۵
۷	موانع در لایه اجرا	عدم وجود معلم متخصص و علاقمند و با حوصله	۵	۱۱/۶۳	۱
۸		زمان کم آموزش و حجم زیاد مطالب	۱	۲/۳۳	۵
۹		عدم استفاده از فعالان بهداشتی در آموزش بهداشت به دانش‌آموزان در مدارس	۳	۶/۹۸	۳
۱۰		عدم استفاده از روشهای نوین تدریس	۳	۶/۹۸	۳
۱۱		کمبود امکانات و تجهیزات کمک آموزشی.	۳	۶۸/۹۸	۳
۱۲		محدودیت بودجه و تخصیص نامناسب اعتبارات.	۲	۴/۶۵	۴
۱۳		آموزش مفاهیم بهداشتی ابتدا از خود معلمان و پرسنل و مسئولان مدارس آغاز شود و بعد برای دانش‌آموزان اجرا شود	۳	۶/۹۸	۳
۱۴		یک مربی دیگر در کنار معلم ثابت در دوره ابتدایی به آموزش بهداشت بپردازد	۱	۲/۳۳	۵
۱۵		تغییر سیستم آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در کشور و استفاده از تجربه مستقیم طبیعت	۴	۹/۳۰	۲
۱۶		تغییر نگاه معلمان و مسئولان به چگونگی و رویکرد آموزش بهداشت به کودکان	۲	۴/۶۵	۴
۱۷		ایجاد فرصت تجربه، خاطره و دریافت احساسات عاطفی بچه‌ها با طبیعت	۳	۶/۹۸	۳
۱۸		تلفیق مفاهیم و اصول بهداشتی در تمام دروس و کتب‌ها و موقعیت‌های آموزشی	۲	۴/۶۵	۴
۱۹	طراحی پکیج‌های آموزشی مختلف برای قشرهای مختلف کشور در نواحی مختلف و در سطوح مختلف تحصیلی	۲	۴/۶۵	۴	
۲۰	بانک آموزش بهداشت و ارتقای سلامت برای سراسر ایجاد شود	۲	۴/۶۵	۴	

بحث

این متخصصان عدم وجود معلم متخصص و علاقمند و با حوصله (موانع در لایه اجرا) و تغییر سیستم آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در کشور و استفاده از تجربه مستقیم طبیعت (پیشنهادات) را تأکید می‌نمایند. چکیده سخنان افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در قالب ۱۹ مؤلفه فرعی و ۳ مؤلفه اصلی قرار گرفته است و به صورت زیر مجموعه یک زمینه کلی تحت عنوان "دیدگاه و تجربیات متخصصین تعلیم و تربیت و

در پژوهش حاضر یافته‌های حاصل از تجربه متخصصین تعلیم و تربیت و آموزش بهداشت با موانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس با تأکید بر راهکارهای برای رفع آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. تجربه افراد متخصص در این مطالعه بیانگر آن بود که این افراد روش‌های گوناگونی برای موانع موجود در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مطرح می‌کنند.

مسائل بهداشتی، از مهارت لازم برای حل آسیب های موجود در بهداشت و سلامت بهره مند شده و ضمن ابداع روش های جدید، نسبت به ارتقای سلامت در مدارس و جامعه احساس مسئولیت داشته باشند^{۱۲۶}. در این پژوهش به دلیل استفاده از مصاحبه های نیمه ساختاریافته اطلاعات عمیق در خصوص موانع موجود در لایه های برنامه ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به دست آمد. ولی از لحاظ عدم همکاری متخصصین، کمبود زمان مصاحبه و تعمیم پذیری با مشکل روبرو بودیم.

نتیجه گیری

نقطه آغازین توجه و رشد احساس مسئولیت در حیطه تربیت مؤلفه های بهداشتی و سلامت، سنین کودکی و دوره ابتدایی است با توجه به آنکه مدت زمان حضور کودکان در مدرسه بیش از زمانی است که در کنار پدر و مادر می گذرانند^{۱۲۷} و مدرسه یک مکان ایده آل برای ارتقای سواد بهداشتی و آشنایی آنان با لایه های برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی دانش آموزان است. بنابراین در این زمینه متخصصین تعلیم و تربیت و بهداشت نقش حیاتی دارند. بنابراین بایسته است که متخصصین و دست اندکاران ذی ربط با شناسایی موانع موجود در لایه های برنامه ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس، افزایش سواد بهداشتی دانش آموزان در دوره کودکی در راستای ارتقای سلامت و موانع برنامه ریزی گامهای اساسی بردارند. یکی از ابزارهای بسیار قوی برای کاهش و توقف رفتارهای غیرمسئولانه بشری در قبال سلامت و افزایش آگاهی های بهداشتی، آموزش مسایل بهداشتی توسط معلم متخصص و علاقمند و با حوصله سطح مدارس می باشد^{۱۲۷}. همان طور که (باسیل، ۲۰۰۰) بیان می دارد دوران مدارس اهمیت زیادی در ایجاد نگرش های بهداشتی دارند و آموزش مسایل بهداشتی در این دوران، راهی برای پرورش نگرش های بهداشتی و به طبع آن ارتقای سلامت در انسان است و از این طریق باور بهداشتی و توجه به سلامت و آشنایی با لایه های برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی به تدریج ایجاد می گردد^{۱۲۸} از آنجا که کشور ما ایران به طور روزافزونی در حال توسعه است و از طرفی کشوری نفت خیز و در نتیجه نیمه صنعتی به حساب می آید، نیاز مبرمی به توسعه آشنایی با موانع لایه های برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و راهکارهای رفع آن دارد. بنابراین، آموزش رفع لایه های برنامه ریزی، راهکارهای برای آن و توسعه صحیح آن در کلیه مراکز آموزشی و کتابهای درسی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می باشد.

در مجموع، یافته های تحلیل نشان می دهند که میزان توجه به هر یک از موانع موجود در لایه های برنامه ریزی آموزش

بهداشت بهداشت با موانع موجود در لایه های برنامه ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس "خلاصه شده است. یافته های این مطالعه هم راستا با پژوهش های گذشته در سایر کشورها می باشد.

لذا در این راستا و با توجه به اطلاعات بدست آمده از متخصصین، نظام آموزشی جمهوری اسلامی ایران در زمینه تربیت مؤلفه های سلامت، بهداشت و موانع در لایه های برنامه ریزی و راهکاری آن، مورد غفلت واقع شدند. که با نتایج پژوهش های Salehi, Farmihini Farahani, Diba, Badkobi, Omran که بیان می کنند آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به عنوان بخشی از آموزش شهروندی و جهانی شدن در برنامه درسی نظام آموزشی ایران و عمدتاً دیگر کشورهای آسیایی مغفول واقع شده است^{۱۲۹، ۱۳۰} و نتایج پژوهش Ferdowsi, Ghahramani, Khalili, Mohammadzadeh, که نشان می دهند آموزش های مؤلفه های بهداشتی و سلامت به دانش آموزان توانایی ایجاد تغییر در نگرش آنها را نداشته و دانش آموزان از مهارت کافی برای به کارگیری آن برخوردار نیستند^{۲۱، ۲۲، ۲۳} و همچنین نتایج یافته های پژوهش Torani, Karmedini, Ghazavi, Salehi Omran که موید این نکته است که آموزش های مؤلفه های بهداشتی و سلامت به طور پراکنده ای در کتاب های دوره های مختلف آمده است، منسجم نیست و براساس برنامه و چارچوب مشخص نمی باشد همخوانی دارد.^{۱۳۰، ۱۳۱}

بنابراین بر این اساس چون همه افراد جامعه چندین سال از حساس تدرین مراحل رشد خود را به منظور تعلیم و تربیت سپری می کنند، پس باید برای برخورداری از کیفیت آموزشی مطلوب در زمینه رفتار آموزش مؤلفه های بهداشتی در مدارس جهت ارتقای سلامت، مطالب و شیوه های آموزشی را در شناسایی موانع موجود در لایه های برنامه ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس کوشا باشیم تا بتوانیم از توانایی های ذهنی و عملی تعلیم دهندگان و فراگیران بهره مند شویم^{۱۲۵}، لذا برای تحقق چنین هدفی باید یک برنامه جامع تربیت مؤلفه های بهداشتی پایه گذاری شود تا دانش جدید، مهارت ها، ارزشها و نظریات در مسیر کیفیت برتر و برای زندگی نسل های آینده توسعه یابد و با شناسایی موانع موجود در لایه های برنامه ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس بتوانیم میزان آگاهی، حساسیت و احساس مسئولیت آنها را، نسبت به بیماری ها و آسیب های روانی، جسمی، زیستی، اجتماعی و تاثیر آنها بر ارتقای سلامت، افزایش دهیم^{۱۳۱} (Honeke et al. 2001, Oscomp1991 Makhdoum 2001; Hooper & Nylensen 1991) تا افراد بتوانند ضمن کسب قدرت تشخیص و توصیف

۱۳۹۵/۰۵/۳۱ و به شماره ثبت د/۶۹۴/۳۹ یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تأییدیه اخلاقی

به منظور رعایت اصول اخلاقی به متخصصین حاضر در جلسه اطلاع داده شد که نتایج مصاحبه آن ها بدون ذکر نام در یک پژوهش استفاده خواهد شد.

تعارض منافع

بین نویسندگان و مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش دارای هیچ گونه حمایت مالی نبوده است.

بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس متفاوت است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که در برای رفع برنامه ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس بایستی از معلمان متخصص و با علاقه استفاده کنیم، به طوری که آشنایی با موانع لایه های برنامه ریزی در تمام سطوح، آموزش بهداشت و به تبع آن توسعه ارتقای سلامت مهم ترین عامل پیشرفت و ضامن بقای جامعه است. طراحی، اجرا و اداره برنامه های توسعه در بعد بهداشت، بیش از هر عامل دیگری زیربنای مفاهیم پایه ای چون سلامت است [۲۸].

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی اساتید دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی و آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه تبریز که ما را در رساله دوره دکتری به تاریخ ثبت

References

1. Ickovics JR, Carroll-Scott A, Peters SM, Schwartz M, Gilstad-Hayden K, McCaslin C. Health and Academic Achievement: Cumulative Effects of Health Assets on tandardized Test Scores Among Urban Youth in the United States. *Journal of School Health*.2014;84(1):40-8.
2. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, ISSN (1471-2458) DOI: 10.1186/s12889-015-1360-y.
3. Hagquist C, Starrin B. Health Education in Schools—From Information to Empowerment Models. *Health Promotion International*. 1997;12(3):225-32
4. Franks AL KS, Dino GA, Horn KA, Gortmaker SL, Wiecha JL, et al. School-based Programs: Lessons Learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Preventing Chronic Disease* [Internet].2007; 4(2). Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/06_0105.htm
5. Vermont Health Education Guidelines for Curriculum and Assessment.second edition 2010 ed: Vermont Department of Education.p. 25
6. Hawes, H. Health promotion in schools Said Good News Translation Race and Hmkaran. Child-to-Child Institute in collaboration with UNICEF,2002.
7. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>.
8. Department Of Health And Human Services .School Health Policies And Programs Study (SHPPS);*Journal of School Health*. 2010; 77 (8): 1-2.
9. Peters LWH, ten Dam GTM, Kocken PL, Buijs GJ, Dusseldorp E, Paulussen TGWM. Effects of transfer-oriented curriculum on multiple behaviors in the Netherlands. *Health Promotion International*. 2013.
10. Khosravi A, et al. The profile of health indicators in Iran: Ministry of Health and Education Medicine,Department of Health, Center for development and promoting health, Department of Technology andInformation Management .2009. [Persian]
11. Morovati- SharifAbad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, et al. [Perceived religious support of the health promoting behavior and performance of behaviors in the elderly 65 years and older city of Yazd] *Persian. J Med Sci Yazd*. 2003; 1(45): 28-23 [Persian]
12. Can G, Ozdilli K, Erol O, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *J Nursing Health Sci* 2008; 10(4): 273-80.
13. Lee RL, Loke AJ. Health Promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *J Public Health Nursing* 2005; 22(3): 209-20.
14. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Majlesi F. text book of public health: Ministry of Health and Medical EducationI. R. Iran, School of Health, ShahidBeheshti University of Medical Sciences1392. Available from: http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EBOOK/VOLUME_3.htm. [Persian]

15. McAlister A, Perry C, Killen J, Slinkard LA, Maccoby N. Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health*. 1980;70(7):719-21
16. Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention. *Health Education Research*. 2008; .23(6): 931-40
17. Buschner C .Teaching children movement concepts and skills: Becoming a master teacher. Champaign, IL :Human Kinetics; 2013
18. Sallis JF, McKenzie TL, Alcaraz JE, Kolody B, Faucette N, Hovell MF. The effects of a 2-year physical education program (SPARK) on 22 physical activity and fitness in elementary school students. *Sports, Play and Active Recreation for Kids.American Journal of Public Health*. 1997;87(8):1328-34
19. Grossman DC, Neckerman HJ, Koepsell TD, et al. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school: A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;277(20):1605-11
20. Shuey DA, Babishangire BB, Omiat S, Bagarukayo H. Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti district, Uganda. *Health Education Research*.1999;14(3):411-9
21. Lee A, Tsang C, Lee SH, To CY. A comprehensive “Healthy Schools Programme” to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(3):174-7.
22. Salehi Omran, I, Mohammadi, A. Knowledge, attitude and skills of teachers in elementary schools in the province environmental, education Journal, Issue, 2008; 95:117-91. [Persian]
23. Saberian M, Haji Aghajani S, Ghorbani R, Malek M. Instructors’ point of view about lesson planning, Semnan Medical University, 2002. *Journal of Babol University Of Medical Sciences*. 2003;5(5):33-6. [Persian]
24. Tehrani Bani Hashemi S, amirkhani m, hagh dost A, Alavian S, Asghari fard H, baradaran H, Barghamadi, M ,Parsynya S, Fathiye ranjbar S. Health Literacy in 5 provinces and the factors affecting it. *Strides in Development of Medical Education*. the first number. Fourth period. 2007 ؛p. 1-9. [Persian]
25. Safari, M, Shojaei Zadeh, D. Health education and health promotion. *Smat*. Tehran. Constitution of the Islamic Republic of Iran 1970. *Majlis Research Center*. The achievement of [http:// rc.majlis.ir/ fa/content/iran_constitution](http://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution) on 20 february 2010. [Persian]
26. Bouclin R. Landry RG; Noreau G; The effects of smoking on periodontal structures: A literature Review. *Journal of Canadian Dental Association*, 63 (5;3;3-360, 356, 1997) May; 2009.
27. Last John M .Wallace Robert B . Maxy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine . 13th Edition, Prentice-Hall International Inc. 2009 ؛p. 687-98.
28. Naido Jennie and Wills Jane, *Health Studies an Introduction*. First Edition Antony Rowe Ltd, Chippenham Wilts. 2014. 47-9.