

فعالیت بدنی و سلامت

باتاکید بر دانش آموزان ابتدایی

پیش‌گفتار

دکتر علیرضا رضائی
دکتر عباس نظریان مادوانی

«سلامتی»^۱ یکی از بنیادی‌ترین نیازهای زندگی و شالوده‌ای بنیادین برای بالندگی و پیشرفت انسان‌هاست؛ به طوری که نبود آن عاملی مهم در سستی و فروپاشی ملی شمرده می‌شود. همان‌گونه که کوکرهام می‌گوید: «گرچه طبقه اجتماعی، درآمد و میزان دست‌یابی افراد به کالاها و خدمات، اهمیت فراوانی در تعیین کیفیت زندگی آن‌ها دارد، اما سرانجام، وضع سلامتی‌شان عامل بنیادی و تعیین‌کننده است» [۱].

طبق اساسنامه «سازمان بهداشت جهانی» حق مسلم هر انسانی است که فارغ از نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی‌اش از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت برخوردار شود. سلامت فقط به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست، بلکه نوع مواجهه هر فرد با سلامتی‌اش، تا حد زیادی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد. افزایش سواد بهداشتی اقبال‌گوناگون مردم نیز نیازمند توسعه علمی و منطقی آموزش سلامت است [۲].

برای سلامتی تعاریف متعددی وجود دارد که مقبول‌ترین آن‌ها تعریف سازمان جهانی بهداشت است که سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری و یا ناتوانی تعریف کرده است [۳]. سلامتی دارای ابعاد متفاوت جسمی، روانی، روحی، عاطفی و اجتماعی است که بعد بدنی و جسمی سلامتی را از همه آسان‌تر می‌توان درک کرد. سلامت جسمی دال بر عملکرد کل بدن است و این‌که همه اعضای بدن به اندازه عادی و با عملکرد معمولی باشند [۴].

در همین راستا، سلامتی کودکان محور فعالیت‌های بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی همچون سازمان بهداشت جهانی و یونیسف است که تأمین آن در فرایند توسعه ملی بسیار مهم و تعیین‌کننده محسوب می‌شود [۵]. بنابراین می‌توان گفت: حمایت از کودکان و ارتقای سلامت جسمی و روانی بر آنان پیش شرطی برای توسعه آتی بشریت است [۶]. یکی از مسائل بحرانی و عمده زمان کنونی برقراری شرایط و محیطی سالم و مناسب برای کودکان، به عنوان بزرگ‌ترین منابع ملی هر جامعه است. زیرا عواملی که موجب برهم زدن شرایط و محیط زندگی کودک می‌شوند، می‌توانند سلامتی وی را نیز تحت تأثیر قرار دهند [۷].

کلیدواژه‌ها: فعالیت بدنی، سلامت، دانش آموزان ابتدایی

کودکان، چالش بزرگ توسعه ملی کشورها

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی تا سال

می‌شود. علاوه بر بیماری‌های جسمی، چاقی می‌تواند به بروز مشکلات روانی نیز بینجامد که این بیماری‌ها و عوارض ناشی از آن‌ها باعث افزایش هزینه‌های بهداشتی-اقتصادی کشور می‌شوند [۱۰].

چاقی نتیجه افزایش چربی بدن است و افرادی که BMI بدن آن‌ها بالاتر از ۳۰ باشد جزو افراد چاق محسوب می‌شوند. چاقی همچنین به صورت درصد چربی بدن هم تعریف شده است. در این تعریف چاقی را به صورت درصد چربی کل بدن در مردان به میزان ۲۵ درصد و در زنان به میزان ۳۵ درصد نشان می‌دهند [۱۱].

رشد چاقی دوران کودکی تنها به کشورهای صنعتی محدود نمی‌شود، بلکه گزارش‌های موجود در مورد کشورهای در حال توسعه نیز به این مهم اشاره دارد. بررسی انجام شده در ۱۶۰ مطالعه مقطعی در ۹۴ کشور در حال توسعه نشان داد که شیوع کلی افزایش وزن، ۳/۳ درصد است و کشورهای مناطق مدیترانه شرقی، آفریقای شمالی و آمریکای لاتین از بالاترین شیوع برخوردارند.

از نظر تعداد افراد مبتلا، آسیا بالاترین تعداد را در خود جای داده و ۶۰ درصد (۱۰/۶ میلیون نفر) کودکان کشورهای در حال توسعه این قاره، دارای اضافه وزن هستند [۱۲]. در ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه که با پدیده شهرنشینی و صنعتی شدن روبه‌رو است، میزان شیوع چاقی در سال‌های اخیر در کودکان، بیش از حد انتظار است و با افزایش سن هم این میزان افزایش می‌یابد [۱۳]. شیوع ۱۷ درصدی اضافه وزن و چاقی در بدو ورود به دبستان، ایران را از این حیث در ردیف کشورهای غربی قرار می‌دهد [۱۴]. بررسی سازمان بهداشت جهانی در زمینه بیماری‌های قلبی و عروقی نشان داد که ایران یکی از هفت کشور دارنده بالاترین شیوع چاقی دوران کودکی است. به علاوه، درصد افزایش وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان ایرانی از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۰ دو برابر شده است [۱۵]. هیچ توضیح

واضحی در مورد علت اولیه افزایش وزن و چاقی در نوجوانان وجود ندارد. البته الگوی تغذیه‌ای و فعالیت بدنی از عوامل مهم به شمار می‌روند. طبق مطالعات انجام شده در اکثر کشورها، کاهش شرکت در فعالیت‌های بدنی، افزایش مدت تماشای تلویزیون و در نتیجه تمایل بیشتر کودکان به مصرف غذاها و

۲۰۲۰، بیماری‌های غیر واگیر تقریباً سه چهارم تمام مرگ‌های کشورهای در حال توسعه را به خود اختصاص خواهند داد. در این بین سهم عوامل زمینه‌ساز دوران کودکی در حال افزایش است، زیرا بسیاری از عوامل خطرناک بیولوژیکی و رفتاری ابتلا به چنین بیماری‌هایی، از دوران کودکی شروع می‌شوند و تا بزرگسالی ادامه می‌یابند. به نظر می‌رسد

کاهش فعالیت بدنی و تغییر الگوی تغذیه‌ای به سمت مصرف مواد غذایی چرب و شیرین و در نتیجه افزایش وزن و چاقی، نقش قابل توجهی بر افزایش احتمال وقوع چنین خطری در سراسر دنیا داشته باشد [۸].

شیوع افزایش وزن در سراسر دنیا طی ۳-۲ دهه اخیر سه برابر شده و این افزایش در تمام گروه‌های سنی، جنسی، نژادی و قومیتی رخ داده است. افزایش وزن نوجوانان ۱۹-۱۲ ساله از پنج درصد به ۱۷/۱ درصد رسیده است. بر اساس مطالعات انجام شده ۴۵-۳۰ میلیون کودک ۱۷-۵ ساله در سراسر دنیا دچار چاقی هستند [۹].

از آنجا که بر اساس گزارشات، ۷۷ درصد کودکان چاق به بزرگسالان چاق تبدیل خواهند شد، این حالت باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن گوناگون، از جمله دیابت نوع دو، افزایش فشار خون، افزایش کلسترول، بیماری‌های قلبی-عروقی، آترواسکلروز، بیماری‌های ارتوپدی و حتی برخی از انواع سرطان و در پی آن، موجب افزایش میزان مرگ و میر زودرس افراد

بر اساس گزارشات، ۷۷ درصد کودکان چاق به بزرگسالان چاق تبدیل خواهند شد، این حالت باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن گوناگون، از جمله دیابت نوع دو، افزایش فشار خون، افزایش کلسترول، می‌شود

سلامتی کودکان محور فعالیت‌های بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی همچون سازمان بهداشت جهانی و یونیسف است که تأمین آن در فرایند توسعه ملی بسیار مهم و تعیین‌کننده محسوب می‌شود

از طریق ارتقای آموزش تغذیه سالم و فعالیت بدنی منظم به دانش‌آموزان، نقش مهمی در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر از جمله سوء تغذیه، چاقی و ناهنجاری‌های جسمانی کودکان ایفا کند [۲۴].

الگوهای رفتاری مؤثر در سلامتی

پارسونز مفهوم «نقش سلامتی»^۳ را «پایبندی و مسئولیت فرد برای نگهداری و افزایش سلامتی خود برای ایفای نقش و کارکردی مؤثر و سودمند» تعریف کرد. از آن پس، شمار فراوانی از پژوهش‌ها در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامتی در جهان شده‌اند.

کوب و کاسل^۴ تعریف رفتارهای وابسته به سلامتی را گسترش دادند. از دیدگاه آن‌ها، رفتار مرتبط با سلامتی هرگونه کنشی است که برای پیشگیری از بیماری یا شناسایی آن، پیش از آشکار شدن نشانگان بیماری در فردی که خود را سالم می‌پندارد، انجام می‌شود. [۲۵].

بررسی‌ها و پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند که رفتارهای تأمین‌کننده سلامتی، پیامد تأثیرهای دوسویه مجموعه‌ای گسترده از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی است. از این رو، درگیر شدن فرد در این رفتارها به چند عامل بستگی خواهد داشت که شاید مهم‌ترین عوامل را بتوان در سه دسته اصلی چنین برشمرد:

۱. عوامل زیستی^۵: مانند وراثت و کارکرد اندام‌های بدن.
۲. عوامل روانی^۶: مانند انگیزش، ویژگی شخصیتی، احساس کنترل شدن، خود اثربخشی، خود پنداره و عزت نفس.

۳. عوامل اجتماعی^۷: مانند جامعه پذیری، نظام خانوادگی، طبقه اجتماعی، پایگاه اقتصادی، سطح و رشته تحصیلی، وضع زناشویی، باورهای بهداشتی، سن، جنسیت، نژاد و قوم، مذهب، رسانه‌های گروهی و حمایت اجتماعی.

نگاهی به نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که مهم‌ترین و فراوان‌ترین رفتارهای بررسی شده مرتبط با سلامتی، چهار رفتار عمده است. عادت‌های غذایی؛ ورزش و فعالیت‌های بدنی منظم، آشامیدن نوشیدنی‌های الکلی؛ کشیدن سیگار و مواد مخدر. در ادامه به بررسی دو رفتار مهم مرتبط با سلامتی پرداخته‌ایم.

نوشیدنی‌های تبلیغ شده در برنامه‌های تلویزیونی، با افزایش شیوع چاقی و افزایش وزن همراه بوده است [۱۶، ۱۷].

چاقی دوران کودکی، یک عامل خطر مستقل برای دوران بزرگسالی است و با عواقب سلامتی مرتبط با آن ارتباط دارد [۱۸].

از آنجایی که تغییر رفتار تثبیت شده در دوران کودکی در بزرگسالی دشوار است، پیشگیری و کنترل چاقی در کودکی و نوجوانی در پیشگیری از چاقی و عوارض آن در بزرگسالی مؤثر خواهد بود. [۱۹]. گروه سنی ۱۵-۷ ساله به خصوص در کشورهای جهان سوم و در حال توسعه، رقم بزرگی را تشکیل می‌دهند و به علت آسیب‌پذیری این توده عظیم، توجه به بهداشت و برقراری سلامت آن‌ها تأثیر انکارناپذیری در ارتقای سطح بهداشت کشورها خواهد داشت [۲۰].

از این رو بررسی مسائل بهداشت و درمان دانش‌آموزان و تدوین برنامه‌هایی به منظور ارتقای سطح سلامت و بهداشت دانش‌آموزان از این نظر حائز اهمیت است که کودکان پس از ۶-۵ سالگی، قسمت مهمی از سال‌های زندگی خود را که مصادف با رشد جسمی و روانی آن‌هاست، در مدرسه می‌گذرانند. تأمین سلامت کودکان سنین مدرسه در واقع مکمل خدمات بهداشت مادران و کودکان است [۲۱].

نتایج پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهند که کودکان سنین مدرسه با مشکلات بهداشتی قابل توجهی مواجه هستند که عمده‌ترین آن‌ها سوء تغذیه و چاقی است و بر سلامتی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۲۲]. در بررسی‌های آماری میزان شیوع بیماری‌ها بر دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی در استان‌های سراسر کشور ۲۲/۶ درصد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر، ۶ درصد مبتلا به بیماری‌های واگیر، ۹/۱ درصد به اختلالات بینایی و ۰/۸ درصد مبتلا به اختلالات شنوایی بوده‌اند که تأخیر در تشخیص مشکلات بینایی و شنوایی می‌تواند به طور جدی بر فرایند یادگیری تأثیر بگذارد و موفقیت درمان را به مخاطره اندازد. [۲۳].

با توجه به آن که بیش از ۹۰ درصد کودکان و نوجوانان بخش قابل ملاحظه‌ای از روز را در مدرسه می‌گذرانند و در هیچ مکان دیگری امکان چنین تماس مستمر و منظمی با کودکان و نوجوانان وجود ندارد. بنابراین مدارس می‌توانند

عادت‌های غذایی و سلامتی

امروزه در کشورهای توسعه یافته و نیز در میان طبقات بالا و متوسط کشورهای در حال توسعه، الگوی تغذیه به سوی افزایش مصرف شکر، چربی حیوانی و پروتئین‌ها، همراه با کاهش مصرف الیاف گیاهی (میوه، سبزی و دانه‌های گیاهی) پیش می‌رود. بیشتر افراد سبزی، میوه تازه و دانه‌های گیاهی کمی مصرف می‌کنند و در همان حال، مقدار فراوانی گوشت به شکل غذاهای آماده و کنسرو شده و شکر به شکل نوشابه و شیرینی در خوراک خود می‌گنجاند.

تغذیه از دیرباز یکی از عوامل مؤثر بر سلامتی و بیماری دانسته شده است. خوردن غذا به اندازه مناسب و هم‌ترازی کارمایه (انرژی) به دست آمده (از خوردن و آشامیدن) و کارمایه مصرف‌شده در (فعالیت‌های بدنی و ورزش) اهمیت فراوان دارد. گرچه تغذیه در زندگی سالم و بالندگی انسان نقشی مهم و حیاتی دارد، اما خوردن غذای نابسنده یا بیش از اندازه و نیز سوء تغذیه، می‌تواند موجب اختلال‌های بدنی و بیماری‌های وابسته به تغذیه شود. [۲۶].

بررسی‌های همه‌گیر کارشناسان نشان می‌دهد که مشکلات جسمی و بیماری‌هایی مانند کم وزنی هنگام تولد، کم‌خونی، کمبود ید، لاتی‌ریسم^۱، بیماری سخت‌شدگی شریان‌ها، بیماری‌های قلب و شریان‌ها، بیماری قند، چاقی، انواع سرطان‌های روده بزرگ و گوارشی، فشار خون بالا و پوکی استخوان عمدتاً به تغذیه وابسته‌اند. در این میان به چاقی، فشار خون، بیماری‌های قلبی و سرطان توجه ویژه‌ای شده است که می‌توان با یک دستور خوراک مناسب از پیدایش آن‌ها پیشگیری کرد [۳۰] و [۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۳].

گرچه تغذیه در زندگی سالم و بالندگی انسان نقشی مهم و حیاتی دارد، اما خوردن غذای نابسنده یا بیش از اندازه و نیز سوء تغذیه، می‌تواند موجب اختلال‌های بدنی و بیماری‌های وابسته به تغذیه شود

۶۰ دقیقه فعالیت جسمانی روزانه به مدت ۵ بار و یا بیشتر در هفته است [۳۳].

طبق نتایج حاصل از پژوهش البرزی منش (۱۳۹۰)، بین میانگین مدت زمان پیاده‌روی خانه تا مدرسه و برعکس، با اضافه وزن و چاقی ارتباط معکوس معنی‌داری وجود دارد. از آن‌جا که پیاده‌روی از جمله فعالیت‌های بدنی با شدت متوسط است، میزان آن طی روز می‌تواند روی سوختن انرژی در کودکان و در نتیجه، پیشگیری از چاقی آنان تأثیر بگذارد. در آمریکا جمعیت کسانی که پیاده‌روی می‌کنند، از ۹۰ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۳۰ درصد در سال ۲۰۰۱ کاهش یافت. نشان داده شده است که استفاده از مدارس نزدیک به منزل، به گونه‌ای که به جای استفاده از خودرو، بتوان پیاده به راحتی به مدارس رفت‌وآمد کرد، به‌طور مثبت با افزایش فعالیت بدنی و در نتیجه پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در ارتباط است. در این بررسی، بین تعداد بار انجام فعالیت بدنی متوسط و شدید در هفته که ۲۰ دقیقه یا بیشتر ادامه یابد، با اضافه وزن و چاقی ارتباط معکوس معنی‌داری دیده شد.

بررسی سال ۲۰۰۹ روی کودکان دبستانی مؤید این نکته است که بین ۱۵ دقیقه فعالیت بدنی متوسط و شدید روزانه با چاقی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. در این مطالعه، میانگین تعداد گام (مسافت طی شده) در روز بسیار کمتر از

این روند، بر اثر به‌کارگیری فناوری نوین تغذیه شتاب بیشتری به خود گرفته است؛ فناوری‌هایی که بر فرایند تولید، پخش، فرآوری و مصرف مواد غذایی - که نمودهای بنیادین نقش اجتماعی غذاها هستند - تأثیر می‌گذارند [۳۱]. به نظر می‌رسد گسترش آموزش‌های تخصصی تغذیه‌ای به والدین و کنترل تبلیغات تلویزیونی مواد غذایی نامناسب و همچنین گنجاندن مطالب مرتبط با تغذیه سالم در همه سال‌های تحصیلی، بتواند موجب ارتقای آگاهی و دانش افراد جامعه به‌ویژه کودکان و نوجوانان از همان سال‌های اولیه زندگی شود.

فعالیت بدنی منظم و سلامتی

بنابر نظر بسیاری از دانشمندان علوم ورزشی، تمرین هوازی، فعالیت بدنی مناسبی است که در حفظ و بهبود سلامت جسمانی و روانی افراد اثرگذار است. فعالیت جسمانی منظم یکی از ابعاد سبک زندگی سالم است، با وجود این بسیاری از نوجوانان کشورهای در حال توسعه برای دستیابی به فواید مرتبط با سلامتی فعالیت جسمانی، به اندازه کافی فعال نیستند. نتایج یک مطالعه روی نوجوانان ایرانی نشان داد که تنها ۳۵/۹ درصد دختران در مقایسه با ۶۱/۴ درصد پسران به فعالیت جسمانی می‌پردازند و متوسط وقت صرف شده روزانه برای فعالیت جسمانی دختران ۳۱/۸۲ دقیقه است [۳۲]. حال آن‌که توصیه برای کودکان و نوجوانان، انجام



افراد سالم و تندرست جامعه می‌توانند با اقداماتشان زندگی ارزشمندی برای خود بسازند؛ به گونه‌ای که هرچه سطح بهداشت و سلامت آن‌ها بالا برود، موفقیت‌هایشان نیز افزایش یابد

توقف و یا معکوس کردن روند کاهش کم تحرکی جسمانی، انجام مداخلات «مدرسه محور» مبتنی بر تئوری‌ها و الگوهای گوناگون در زمینه ارتقای رفتارهای مؤثر در سلامت است. به علت وجود منابع آموزش جسمانی مناسب، از جمله معلم و مربی ورزش متخصص و هم‌چنین ساعت ورزش مصوب، مدارس می‌توانند سبک زندگی فعال را ارتقا دهند [۳۸].

میزان توصیه شده روزانه برای دختران بود و به‌طور معکوس با اضافه وزن و چاقی ارتباط داشت. در بررسی‌های انجام شده، میانگین گام روزانه برای دختران سوئدی، ۱۲۰۴-۱۴۸۲۵ دختران استرالیایی ۱۲۳۲۲-۱۱۲۲۱ و دختران آمریکایی ۱۱۳۸۳-۱۰۶۶۱ اعلام شده است و در همه بررسی‌ها تعداد گام‌ها به‌طور معنی‌داری کمتر از پسران بود و محققان آن را با جنس و سن مرتبط دانسته‌اند [۳۴].

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، بهداشت و سلامت مطلوب، پایه و اساس پیشرفت‌های اجتماعی است. افراد سالم و تندرست جامعه می‌توانند با اقداماتشان زندگی ارزشمندی برای خود بسازند؛ به گونه‌ای که هرچه سطح بهداشت و سلامت آن‌ها بالا برود، موفقیت‌هایشان نیز افزایش یابد. از این رو، با توجه به اهمیت و نقشی که سلامت در زندگی هر یک از ما دارد و از آن‌جا که به عنوان یک منبع مهم در توسعه اقتصادی، اجتماعی و فردی مطرح می‌شود، توجه به این امر خطیر از وظایف مهم هر دولتی به شمار می‌رود. کودکان جامعه برای دست‌یابی به این هدف ارزشمند، یعنی کسب سلامت، نیازمند آموزش هستند؛ آموزش‌هایی در زمینه ایجاد رفتار مؤثر در تأمین سلامت طبق مؤلفه‌های آموزش سلامت، یعنی ورزش و تحرک بدنی منظم، تغذیه مناسب و بهداشت پوست، دهان و دندان.

طبق گزارشات آماری، در ۸۶ درصد مدارس ابتدایی و ۸۴ درصد مدارس متوسطه بیشتر کشورها، برنامه درسی تربیت بدنی یک درس اجباری است [۳۹]. امروزه تربیت بدنی در مدارس جهان به عنوان هنر و علم حرکت انسان مطرح است که به چرایی و چگونگی حرکت پاسخ می‌دهد و علل فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی آن را به دانش‌آموزان می‌آموزد. دانش‌آموزان از طریق «خود ابرازی» توسعه خویشتن و دوستی مثبت، به درک بهتری از بعد جسمانی خود نائل می‌شوند. شواهد علمی بسیاری وجود دارند که بر نیاز اساسی کودکان، نوجوانان و جوانان به آموزش تربیت بدنی، اهمیت برخوردار از زندگی فعال و سهم تربیت بدنی در آن و هم‌چنین لزوم تشویق کودکان به شرکت در ورزش‌ها تأکید دارند [۴۰].

از این رو به نظر می‌رسد تأکید مستمر بر فعالیت‌های بدنی منظم از سال‌های اولیه زندگی بتواند نقش قابل توجهی در ارتقای سبک زندگی به سمت سلامتی و حفظ آن ایفا کند.

مدارس و گسترش الگوهای رفتاری مؤثر در تأمین سلامت

به باور تونز و همکارانش (۱۳۷۱)، مدارس بستری اساسی در انتقال گسترده آموزش سلامت فراهم می‌کنند. [۳۵].

نظام آموزشی مدرسه نقش بسیار مهمی در آموزش سلامت و ارتقای آن در دوران کودکی و بعد از آن ایفا می‌کند و باعث بهبود شخصیت دانش‌آموزان، نگرش، مهارت و نیز آگاهی آنان می‌شود [۳۶]. در ایران به گفته اسکندری (۱۳۸۴)، از سال ۱۳۰۲ به مسئله سلامت و بهداشت در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی توجه شده است. بدیهی است که هر قدر دانش‌آموزان نیرومندتر و سالم‌تر باشند، چرخ‌های اقتصادی و تولیدی جامعه در آینده با سرعت و شتاب بیشتری می‌چرخد [۳۷].

آموزش برای افزایش شرکت نوجوانان و جوانان در فعالیت‌های جسمانی، یکی از راهکاری مهم حمایت از ارتقای رفتارهای مؤثر در سلامت است. این موضوع از طریق اهداف بهداشتی مردم سالم تا سال ۲۰۱۰ نیز مورد تأیید قرار گرفته است. دختران در معرض خطر بیشتری برای کم تحرکی هستند و سطح فعالیت جسمانی آن‌ها در همه سنین کمتر از پسران است. با توجه به جدی بودن موضوع کم تحرکی دختران و پسران، آموزش آنان در زمینه ارتقای فعالیت جسمانی باید با اهمیت تلقی شود. یکی از راه‌های

در نیمه دوم قرن بیستم شواهد بسیار قوی پزشکی و سایر شواهد علمی در تأیید ضرورت وجود درس تربیت بدنی به عنوان درسی اساسی در برنامه درسی مدارس ارائه شد. این شواهد مبنای علمی و سنگ زیربنای «فرد فریخته در تربیت بدنی» و شرکت منظم و مادام‌العمر در فعالیت‌های بدنی را تشکیل می‌دهد. تشکیلات آموزشی، علمی و فرهنگی سازمان ملل (یونسکو) در منشور خود به

سال ۱۹۷۸، برخورداری از تربیت بدنی را به عنوان یکی از «حقوق اساسی بشر» به رسمیت شناخت و خواستار فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی برای آن در نظام‌های آموزشی کشورها شد (ماده ۱). همچنین از کشورها خواسته شد از طریق اختصاص جایگاه شایسته و مهم در نظام آموزشی خود، به تربیت بدنی و ورزش، آن را ارتقا بخشند (ماده ۲). ماده‌های ۴ و ۵ منشور یونسکو به تأمین نیروی انسانی کافی و متخصص برای درس تربیت بدنی، برنامه‌ریزی درسی جامع و فراهم آوردن امکانات و ابزارهای لازم برای درس تربیت بدنی و ورزش تأکید دارند. علاوه بر این، از رسانه‌ها، مقامات دولتی و نهادهای تخصصی غیر دولتی خواسته شد، از طریق حمایت پژوهشی و اطلاع‌رسانی، به ارتقای درس تربیت بدنی کمک کنند [۳۹].

بنابراین، ضرورت و اهمیت توجه به کودکان و سلامت آن‌ها به عنوان نیروی بالقوه ایجاب می‌کند تا جایگاه انحصاری مدرسه به عنوان پایگاهی برای آموزش و پرورش کودکان و نهایتاً جامعه‌ای سالم برای فردای ایران، بیش از پیش مد نظر قرار داده شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به نگرانی‌های جهانی درباره وضعیت سلامت جامعه فردا، تأمین برنامه‌های مؤثر و کارآمد از جمله تدوین محتوای مناسب در کتاب‌های ویژه سلامت برای دانش‌آموزان، آگاه‌سازی والدین از پیامدهای بی‌توجهی به الگوهای رفتارهای آسیب‌زای سلامتی فرزندان، از جمله تغذیه نامناسب و بی‌حرکی، برجسته کردن نقش ساعات ورزش و تربیت بدنی مدارس، بازبینی و تدوین مجدد کتب درسی فعالیت جسمانی و تربیت‌بدنی برای دانش‌آموزان، افزایش ساعت در درس تربیت بدنی در مدارس به منظور پی‌گیری فعالیت بدنی منظم و مستمر همراه با آموزش معلمان متخصص تربیت بدنی، سرلوحه برنامه‌های نظام آموزشی قرار گیرد تا ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جسمانی احتمالی

ضرورت و اهمیت توجه به کودکان و سلامت آن‌ها به عنوان نیروی بالقوه ایجاب می‌کند تا جایگاه انحصاری مدرسه به عنوان پایگاهی برای آموزش و پرورش کودکان و نهایتاً جامعه‌ای سالم برای فردای ایران، بیش از پیش مد نظر قرار داده شود

فردای افراد جامعه از سنین مدرسه شناسایی و اصلاح شود و از این طریق شاهد جامعه‌ای سالم و پویا باشیم و موجبات توسعه همه جانبه ملی فراهم آید.

منابع

۱. سند ملی توسعه، معاونت سلامت ۱۳۸۴. ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. پارک جی. ای، پارک ک ۱۳۷۵ درس‌نامه پزشکی پیش‌گیری و کلیات خدمات بهداشتی (ج ۲). ترجمه حسین شجاعی نهرانی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان. چاپ دوم.
۳. توکلی قوچانی، حمید؛ آرمات، محمدرضا؛ ابراهیم زاده، زهرا ۱۳۷۸. پرستاری بهداشت جامعه. انتشارات آستان قدس رضوی. چاپ اول
۴. بیانات، محبوبه و همکاران ۱۳۸۹. اختلالات جسمی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی تهران. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی (دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۳. شماره ۴۳.
۵. میرحسینی غلامرضا ۱۳۷۳. اصول خدمات بهداشتی. نشر ژرف. چاپ دوم.
۶. فتحی، بدالله ۱۳۷۳. بهداشت مدارس و اهمیت آن. فصل‌نامه دانشکده پرستاری و مامایی استان همدان. دوره ۴ شماره ۱۱.
۷. ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۴) بررسی تطبیقی تفاوت‌های جنسیتی در عادت‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی. نشریه مطالعات زنان. سال ۳ شماره ۸.
۸. البرزی منش، مینا و همکاران (۱۳۹۰) «ارتباط اضافه وزن و چاقی با برخی مؤلفه‌های شیوه زندگی در دختران دانش‌آموز پایه سوم تا پنجم دبستان منطقه ۶ آموزش و پرورش شهر تهران». مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران. سال ششم. شماره ۳.
۹. تونز، کیت؛ تیلفورد، سیلویا؛ روبینسون، یون کلی (۱۳۷۱). آموزش بهداشت، کارایی و تأثیر آن. ترجمه فرشته فرزینپور. نشر و تبلیغ بشری. تهران.
۱۰. تابشیان، امیر (۱۳۷۱). تأثیر شیوه‌های زندگی بر سلامت انسان. مجله علمی فرهنگی بهداشت جهان. سال هفتم. شماره ۱۰. مرکز نشر دانشگاهی. تهران.
۱۱. آزر می، بدالله (۱۳۷۱). خانه و مدرسه: دو پرورشگاه نسل فردا. نشریه ماهانه آموزشی - تربیتی پیوند. وزارت آموزش و پرورش. شماره ۱۶۰.
۱۲. اسمعیلی، محمدرضا (۱۳۸۹) مطالعه تطبیقی برنامه درسی تربیت بدنی دوره ابتدایی، راهنمایی و متوسطه ایران و کشورهای منتخب جهان ارائه الگوی مناسب برای تدوین راهنمای برنامه درسی تربیت بدنی. مؤسسه پژوهشی برنامه‌ریزی درسی و نوآوری‌های آموزشی، گروه تربیت بدنی.