

## نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در حوزه سلامت جسمانی

اعظم ملایی نژاد \*

دکتر حسن رضا زین آبادی \*\*

دکتر علیرضا کیامنش \*\*\*

دکتر حسین عباسیان \*\*\*\*

### چکیده

این مطالعه با هدف شناسایی نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در حوزه سلامت جسمانی انجام شده است. روش پژوهش ترکیبی و از نوع اکتشافی و در بخش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی استقرایی است. نمونه موردنظر از میان صاحب نظران و کارشناسان موضوعی با روش گلوله برفی و به صورت هدفمند انتخاب شده و ابزار در این مرحله مصاحبه باز بوده است که تا دستیابی به مرحله اشباع انجام شده است. در بخش کمی، این مطالعه از نوع پیمایشی و از نظر هدف، از نوع پژوهش کاربردی است. در مجموع ۳۰۰ مدیر، ۱۸۰۰ معلم و ۳۶۰۰ ولی دانش آموز از ۱۰ استان نمونه این پژوهش بودند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته است که براساس نتایج حاصل از بخش کیفی طراحی و روایی آن کسب شده و پایایی پرسشنامه نیز ۰/۹۶ محاسبه و سپس میان نمونه آماری اجرا شده است. در این مطالعه ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی شناسایی شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که پاسخگویان همه گویه‌ها، نشانگرها و ابعاد را در حد زیاد و خیلی زیاد مورد نیاز دانسته‌اند. اولویت بندی نیازها همچنین از دیدگاه مدیران و معلمان یکسان بوده است، اما میان نظرات مدیران و والدین و نظرات معلمان و والدین تفاوت معنادار وجود دارد. اولویت نیازها از دیدگاه هر سه گروه به ترتیب ۱. نیازهای بهداشتی، ۲. نیازهای تغذیه و ۳. نیازهای مهارت‌های حرکتی است.

**کلید واژگان:** نیازسنجی، والدین، دانش آموزان دوره ابتدایی، سلامت جسمانی

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۱

mollaenezhad@gmail.com

zeinabadi\_hr@khu.ac.ir

drarkia@gmail.com

h\_abbasian@khu.ac.ir

\* دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)

\*\* دانشیار مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی

\*\*\* استاد تحقیق و ارزشیابی، دانشگاه خوارزمی

\*\*\*\* استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی

## مقدمه

کودکان سرمایه‌های اصلی هر جامعه به شمار می‌روند و پرداختن به سلامت آنان پایه و مبنای سلامت کل جامعه در آینده است و تأثیری انکارناپذیر در ارتقای سطح سلامت کشور می‌گذارد. یکی از اساسی‌ترین شیوه‌ها برای دستیابی به سلامتی، آشنایی با مفاهیم مربوط به سلامت است. سلامت دارای مفهومی گسترده است، بنابراین با توجه به میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع و شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی هر جامعه تعریف می‌شود. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی. براین اساس معنای سلامت به نبود بیماری و نقص عضو، محدود نمی‌شود، بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می‌شود. امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. باید توجه داشت که ابعاد گوناگون سلامتی بر یکدیگر اثرگذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار می‌گیرند. سلامت جسمانی را نسبت به ابعاد دیگر سلامت، ساده‌تر می‌توان ارزیابی کرد. سلامت جسمانی ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلولها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمانی است. برخی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر (سیدنوزادی، ۱۳۹۲). در برنامه درسی جامع آموزش سلامت در مدارس (۱۳۸۴)، سلامت جسمانی شامل مراقبت از اندامها، شناخت سیستمهای بدن، سلامت تغذیه ای، تحرک و تربیت بدنی، پیشگیری از بیماریها و حوادث و توجه به ایمنی است (اسکندری و رفیعی‌فر، ۱۳۸۴). سهیلی (۱۳۹۲) ابعاد سلامت جسمانی را به نقل از مجمع بهداشت و هیات اجرایی یونسف، شامل سلامت اندامها، بهبود تغذیه و طرز نگهداری مواد غذایی، بهداشت فردی و بهداشت محیط، واکسیناسیون، کنترل بیماریهای واگیر و بومی، درمان ساده، بهداشت حرفه ای، مقابله با سوانح و حوادث و بهداشت دهان و دندان دانسته است. در سند برنامه درسی ملی مهارتهای حرکتی و آمادگی جسمانی، بازیها و رشته‌های ورزشی، تفریحات سالم، اصول تغذیه سالم و متوازن، ایمنی و پیشگیری از آسیبهای فردی و جمعی، مهارتهای زیستی و بهداشت فردی و عمومی، نظام مراقبت از سلامت جسمانی و روانی و بهداشت بلوغ و سلامت نوجوانی از موارد مهم حوزه سلامت و تربیت بدنی بیان شده است (سند برنامه درسی ملی، ۱۳۹۱: ۲۹).

1. World Health Organization (WHO)

یکی از مفاهیم مهم در دوران کودکی سلامت جسمانی است (میرنصوری و همکاران، ۱۳۹۴). عوامل گوناگون بر سلامت جسمانی کودکان تاثیرگذارند. نتایج مطالعات کار و هوسی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که والدین از عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر جهت‌گیری‌های کاری کودکان و نگرش و سلامت جسمانی آنها هستند (به نقل از دفورژ و ابوچار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). سالیس و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) نیز به نقل از همتی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۳)، دربارهٔ تاثیرات رفتارهای مرتبط با فعالیتهای جسمانی والدین کودکان ۹ ساله دریافتند که نگرش مثبت والدین در مورد فعالیتهای جسمانی، مشارکت مستمر کودکان در فعالیتهای جسمانی را برمی‌انگیزد. فرزندان که والدین آنها در فرآیند آموزش ایشان خود را درگیر می‌سازند، عملکردی بهتر دارند. والدین با توجه به آموزش ارزشها، رفتارهای مناسب، باورهای معنوی، قومی-فرهنگی و سنتها، نخستین آموزگار فرزندان خود هستند؛ تعامل والدین و پشتیبانی آنها به بهبود نتایج علمی، اجتماعی، عاطفی و سلامت دانش‌آموزان کمک نموده و سبب می‌شود که مدارس بتوانند تاثیری بیشتر بر جمعیتی بگذارند که به آنها خدمات ارائه می‌دهند. همچنین مداخلات والدین در تغذیه سالم بر بهبود فعالیتهای جسمی تاثیر بسیار داشته است (سازمان خدمات عمومی انتاریو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). بنابراین ایجاد فضایی برای عملکرد مشترک بهداشتی میان مدرسه و والدین و نیز همکاری سه‌جانبه میان خانواده و مدرسه و جامعه برای بهبود سلامت کودکان و خانواده‌ها ضروری است (رمضانخوانی، ۱۳۹۲؛ عزیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲).

پژوهشهای انجام شده در سالهای اخیر، در زمینه وضعیت سلامت جسمانی کودکان ایرانی در زمینه شیوع بیماری به مواردی مانند شیوع انگل‌های روده‌ای و شپش (امیری و همکاران، ۱۳۸۷؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹؛ سودبخش و همکاران، ۱۳۸۱)، سلامت دهان و دندان (شریف و همکاران، ۱۳۸۲؛ رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵؛ افلاطونیان و شریفی، ۱۳۸۶؛ رمضان‌زاده تبریز و همکاران؛ ۱۳۹۴)، سلامت عضلانی و استخوانی (چهره آسا و شهرکی، ۱۳۸۰؛ جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۳؛ میرزاآقایی و همکاران، ۱۳۸۵؛ رمضان‌زاده تبریز و همکاران، ۱۳۹۴)، سلامت حواس مانند عیوب انکساری چشم، اختلالات شنوایی، عفونت گوش و اختلالات پوست (امیدیان، ۱۳۷۹؛ نبوی‌زاده و همکاران، ۱۳۷۹؛ سرفراز، ۱۳۸۲؛ رمضان‌زاده تبریز و همکاران، ۱۳۹۴)،

1. Carr & Hussey  
2. Desforges & Abouchar  
3. Sallis et al.  
4. The Ontario Public Service

ناهنجاریهای وضعیتی مانند لوردوز کمبری، شانه‌های نامتقارن و انحرافات ستون کمبری (ناشی از الگوهای غلط نشستن، ایستادن، راه رفتن و حمل اشیا به طور نامناسب، استفاده از پوشاک نامناسب، بیماریها و وراثت) اشاره شده است (یوسفی، ۱۳۸۴؛ سنه، ۱۳۸۸؛ میرنصوری و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهشها نشان می‌دهند که اجرای برنامه تمرینی آمادگی جسمانی و ورزش یکی از نشانگرهایی است که سبب بهبود معنادار سلامت جسمانی دانش آموزان می‌شود (سنه و همکاران، ۱۳۸۷؛ مظلومی و همکاران، ۱۳۹۰).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که میان شاخصهای تغذیه ای و شاخصهای مدرسه ای مانند سطح نمرات، سن ورود به مدرسه، حضور ذهن، پیشرفت تحصیلی، بهره هوشی و مهارتهای عملی و فکری شامل تمرکز در کلاس درس رابطه وجود دارد (علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲). الگوهای تغذیه ای سالم در دوران کودکی سبب افزایش سطح تندرستی و رشد و نمو و توان بیشتر ذهنی می‌شود و از عوارض و مشکلاتی مانند فقر آهن، چاقی و اختلالات گوارشی و پوسیدگی دندان در کوتاه مدت و بیماریهای مزمن و خطرناک در دراز مدت پیشگیری می‌کند. نتایج پژوهش جاست<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) که در ۲۲ مدرسه ابتدایی و روی بیش از ۴۸ هزار کودک انجام شده نشان داده است که تغذیه در سلامت و یادگیری کودکان نقشی اساسی ایفا می‌کند و خوردن یک واحد میوه یا سبزیجات در طول روز به عنوان میان وعده برای دانش آموزان می‌تواند ارزش غذایی بالایی داشته باشد (جاست و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین وعده‌ها و میان وعده‌های غذایی مناسب و مغذی در ساعات مدرسه موجب افزایش ظرفیت کار و توانایی یادگیری دانش آموزان می‌شود (خلج و محمدی زیدی، ۱۳۸۵). همچنین مصرف صبحانه به منزله یکی از عادات مطلوب بر تعادل تغذیه ای، رشد جسمی و یادگیری کودکان این سنین تأثیری مثبت می‌گذارد و سبب افزایش میزان وزن، قد و حضور در مدرسه می‌شود، به ویژه در کودکانی که فقر غذایی داشته اند (بغدادچی و همکاران، ۱۳۸۰). از این رو اهمیت توجه به تغذیه کودک در دوره ابتدایی (۷ تا ۱۲ سالگی) دوچندان می‌شود (وکیلی و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج پژوهشهای انجام شده در سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۴ نشان می‌دهد که دانش آموزان در مقاطع مختلف تحصیلی دچار مشکلاتی در زمینه تغذیه هستند (حاجیان، ۱۳۷۹؛ طاهری و فؤادالدینی، ۱۳۸۴؛ شیخ‌الاسلام و همکاران، ۱۳۸۶) و سوءتغذیه همچنان به عنوان مهم‌ترین مشکلات تغذیه ای در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما به شمار می‌آید (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج مطالعه کاسپین که در زمینه عادات غذایی

کودکان و نوجوانان در ۲۱ شهرستان ایران انجام گرفته نشان دهنده مشکلات تغذیه ای و مصرف میان وعده‌های غذایی ناسالم است (علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲). بررسی کشوری در ایران نشان داده است که ۵۱ درصد از کودکان طی هفته از انواع پفکها، آب میوه‌های صنعتی، نوشابه‌های گازدار، آب‌نباتها و شکلاتها تغذیه می کنند (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۲) و مصرف زیاد نوشابه موجب کاهش کلسیم دریافتی در جمعیت دختران نوجوان و جوان شده است (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴). رفتارهای غلط تغذیه ای در کودکان مانند مصرف بالای مواد قندی، شیرینی، شکلات و کمبود مصرف لبنیات و سوء تغذیه و اثرات آن بر بلوغ دختران نیز از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد، چراکه ۲۰ درصد قد نهایی و ۵۰ درصد وزن نهایی فرد، مربوط به رشد در این دوران است. همچنین پژوهشگر به اهمیت تغذیه صحیح در دوران بلوغ اشاره می‌کند و ابراز می‌دارد ۶۳ تا ۸۲ درصد از دختران دانش آموز درباره مسائل دوران بلوغ و تغذیه آگاهی لازم را ندارند. بررسی تغذیه دختران کودک و نوجوان در شهر کرمان نیز نشان دهنده سوء تغذیه و عملکرد نامطلوب تغذیه ای در میان دختران دانش آموز است (کیخانی و همکاران، ۱۳۹۲). بررسی عادات غذایی دانش آموزان در مدارس ابتدایی نشان داده است که ۲۰ درصد دانش آموزان اکثر روزهای هفته بدون صبحانه، به مدرسه می‌روند (علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهشها لزوم مداخله برای آموزش دست اندرکاران به ویژه والدین در زمینه سلامت جسمانی را روشن می‌سازد، چراکه آموزش یک مسئولیت مشترک میان دانش آموزان، والدین، معلمان، مدرسه و جامعه است (مؤسسه یادگیری آلبرتا، ۲۰۰۰). چنین مشارکتی با یک شیوه متقابل و سودمند سبب می‌شود فرصتهای یادگیری، سیاستها، برنامه‌ها و طرحهای ابتکاری مدارس سالم حمایت و افزایش یابد (سازمان خدمات عمومی انتاریو، ۲۰۱۵). در این میان نقش و اهمیت آموزش والدین بسیار روشن است چراکه میان سطح تحصیلات والدین و سلامت دانش‌آموزان رابطه ای معنادار وجود دارد (خلج و محمدی زیدی، ۱۳۸۵؛ کیخانی و همکاران، ۱۳۹۲). آموزش والدین می‌تواند به روشهای گوناگون، از طریق اطلاع رسانی، مباحثه، برپایی کارگاههای آموزشی و مشارکت والدین در تصمیم‌گیری (آژانس خدمات بهداشتی و درمانی آلامیدا، ۲۰۱۱)، ارائه دستور العملها، تدارک برنامه‌های آموزشی خارج از مدرسه و تکنیکهای آماده سازی همراه با کودکان باشد (واندرو و هیر، ۲۰۰۹). هرچند ارتقای سلامت در مدارس نیازمند آموزش مناسب است، اما

ارائه برنامه‌های آموزشی بدون مشخص کردن نوع آموزش مورد نیاز برای تهیه محتوای مناسب میسر نیست (رمضانخوانی، ۱۳۹۲). بنابراین تعیین نیازهای آموزشی اولین گام در برنامه‌ریزی آموزشی و در واقع نخستین عامل ایجاد و تضمین اثربخشی کارکرد آموزش و بهسازی است که اگر به درستی انجام شود، یک مبنای عینی برای برنامه‌ریزی به منزله نقشه اثربخشی فراهم خواهد شد (بازرگان، ۱۳۸۰). در زمینه شناسایی نیازهای آموزشی والدین پژوهش‌های اندکی انجام شده است که در این زمینه می‌توان به پژوهش عصاره و نصری (۱۳۸۴) در مقطع متوسطه کشور، حکیم زاده و همکاران (۱۳۹۳) در تمامی دوره‌های تحصیلی ناحیه یک تبریز و مظاهری (۱۳۹۳) در دوره دوم متوسطه شهری اشاره کرد. از آنجا که در سالهای اخیر پژوهشی در سطح ملی در مورد نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی انجام نشده و همچنین این موضوع یکی از اولویتهای پژوهشی پژوهشگاه مطالعات سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی در سال ۹۴ بوده است، مطالعه حاضر با هدف شناسایی نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه سلامت جسمانی انجام شده است و در نظر دارد به سؤالیهای زیر پاسخ دهد:

۱. ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی دانش آموزان دوره ابتدایی کدام است؟
۲. نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه نشانگرها و ابعاد تربیت جسمانی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دوره ابتدایی کدام است؟
۳. ترتیب نیازهای اولویت دار در زمینه ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دوره ابتدایی چگونه است؟
۴. چه تفاوتی میان دیدگاههای مدیران، معلمان و والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی وجود دارد؟

### روش پژوهش

روش پژوهش استفاده شده در این مطالعه، ترکیبی و از نوع اکتشافی است. رویکرد ترکیبی از نظر نوع داده‌ها در زمره روشهای کمی و روشهای کیفی قرار دارد و در آن به صورت توأمان از هر دو روش استفاده می‌شود. در طرح ترکیبی اکتشافی ابتدا داده‌های کیفی گردآوری می‌شود. داده‌های این بخش مقدمه انجام بخش کمی هستند (کرسول و پلانوکلاک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). روش پژوهش در بخش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی استقرایی است. سیوفانگ و شانون<sup>۲</sup> تحلیل محتوای کیفی را یک روش تحقیق برای تفسیر ذهنی محتوای متون می‌دانند که از طریق فرآیند طبقه‌بندی منظم

1. Creswell & Plano Clark  
2. Hsiu-fang & Shannon

مضامین یا الگوهای کدگذاری شده عمل می‌کنند تا در نهایت به اصلی‌ترین مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع تحقیق دست پیدا کنند (تبریزی، ۱۳۹۳). ابزار گردآوری اطلاعات مورد نیاز اسناد و مدارک علمی - پژوهشی، مصاحبه باز و پرسشنامه است. در تحلیل محتوای کیفی ابتدا محتوای متون و اسناد علمی تحلیل و طبقه بندی شد و با ۱۲ نفر از صاحب‌نظران و کارشناسان موضوعی که با استفاده از روش گلوله برفی و به صورت هدفمند انتخاب شدند، مصاحبه باز انجام شد و تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. پس از پیاده کردن تمامی مصاحبه‌ها در مرحله اول، تمام مفاهیم مطرح شده از سوی افراد مورد مصاحبه به صورت کد باز استخراج شد و سپس با توجه به قرابت و نزدیکی این مفاهیم با هم، کدهای باز در مقولاتی به عنوان کدهای محوری دسته‌بندی و در نهایت کد انتخابی از کدهای محوری احصاء شد. جدول شماره ۱ نمونه ای از کدگذاری باز را براساس قسمتی از یک مصاحبه نشان می‌دهد.

جدول ۱: یک نمونه کدگذاری بر اساس بخشی از یک مصاحبه

کد انتخابی	کد محوری	کد باز	نقل قول یک صاحب نظر
مهارتهای حرکتی	شناخت جنبه های حرکتی دانش آموزان و روشهای ایجاد تناسب اندام در آنان	شناسایی جنبه‌های رشد حرکتی کودکان و انواع مهارتهای حرکتی پایه مانند طرز راه رفتن، طرز نشستن، طرز ایستادن و ...	والدین باید در زمینه چگونگی تغییرات جسمانی حرکتی در دوره ابتدایی، اهمیت تحرک بدنی و روشهای ایجاد تناسب اندام در کودکان، جنبه‌های رشد حرکتی، انواع مهارتهای حرکتی پایه مانند راه رفتن، نشستن و ایستادن اطلاعات لازم را دریافت کنند و در مدرسه شرایط ارائه آموزشهای لازم برای ایشان مهیا شود.

در این پژوهش به منظور تعیین روایی و بررسی صحت یافته‌ها از روش مثلث‌سازی (سه‌سویه‌نگری) منابع داده‌ها یعنی بررسی و بازبینی مطالب ارائه شده از سوی صاحب‌نظران (مصاحبه شونده‌گان)، بازنگری منابع مورد مطالعه و درنهایت بازنگری مجدد صاحب نظران استفاده شده است. هدف مثلث سازی غلبه بر سوگیریهای ذاتی است که ناشی از به کار گرفتن یک منبع، یک روش، یک مشاهده‌گر یا یک تئوری در مطالعات است (کرسول، ۱۳۹۶). به این معنا که در مصاحبه‌های انجام شده، برای افزایش روایی پژوهش، پس از اتمام توضیحات مصاحبه‌شونده‌گان در مورد سؤالهای مطرح شده، برداشت پژوهشگر از توضیحات مصاحبه‌شونده بیان می‌شد تا با تأیید مصاحبه شونده، درستی آنها مورد تأیید قرار گیرد. البته در طول فرآیند مصاحبه به منظور رفع ابهام و تأیید صحت دریافتهای پژوهشگر سؤالاتی درباره منظور مصاحبه شونده پرسیده می‌شد. یافته‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، تا حد زیادی مطالب مطروحه در ادبیات و مبانی نظری مورد مطالعه را در هریک از حوزه‌ها دربرداشت که این خود نشان از روایی این پژوهش است. در مرحله نهایی

طبقه‌بندی حاصل از نتایج کدگذاری انجام شده و تحلیل متون و مبانی نظری به شماری از شرکت کنندگان به منظور تایید درستی نتایج ارائه و براساس آن اصلاحات مورد نظر اعمال شد. سپس فهرستی از نیازها در قالب پرسشنامه طراحی و نظرات شماری از افراد مورد مصاحبه‌شونده اخذ و اصلاحات لازم انجام شد و در نهایت و با استفاده از نظرات اساتید و مشاوران موضوعی نهایی شد. تحلیل عاملی انجام شده نیز به شرح جدول شماره ۲ است.

جدول ۲: آزمون کایزر- میر-اولکین<sup>۱</sup> و بارتلت

مقیاس کفایت نمونه‌گیری کیزر-میر-الکین	۰/۹۷۴
آزمون کرویت بارتلت	مقدار خی دو
	درجه آزادی
	سطح معناداری
	۶۷۸۳۹/۸۸۷
	۲۳۱
	۰/۰۰۱

براساس جدول ۲ در پژوهش حاضر مقدار KMO نشانگر کفایت نمونه انتخاب شده است. همچنین آزمون کرویت بارتلت برابر با ۶۷۸۳۹ و  $p < 0.001$  است بنابراین مقدار محاسبه شده معنادار است و نشان می‌دهد که همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست. در این تحلیل با بهره‌گیری از مدل عامل‌یابی مؤلفه‌های محوری و با استفاده از چرخش ایلیمین ۳ عامل به دست آمد که بار عاملی بالاتر از ۰,۳ داشتند (جدول ۵).

جدول ۳ ارزش ویژه، درصد واریانس تبیین شده و درصد واریانس تجمعی هر عامل را نشان می‌دهد. براساس جدول ۳ این سه عامل روی هم ۶۰,۲۴ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. جدول ۳: واریانس کل تبیین شده

عواملها	مجموع مجذور بارهای استخراج شده		
	کل	درصد واریانس تبیین شده	درصد واریانس تجمعی
۱	۱۱/۷۹۵	۵۳/۶۱۵	۵۳/۶۱۵
۲	۱/۲۵۴	۵/۶۹۹	۱۱۹/۵۵۷
۳	۰/۵۰۰	۲/۲۷۲	۶۰/۲۴۴

پرسشنامه اولیه به صورت آزمایشی روی ۳۰ نفر از نمونه پژوهش اجرا و ابهامات احتمالی در سؤالات مشخص و برطرف شد. پرسشنامه نهایی در ۳ بعد، ۱۰ نشانگر و ۲۲ گویه طراحی و در مرحله کمی میان افراد نمونه توزیع و گردآوری و تجزیه تحلیل نهایی شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی مؤلفه‌ها به شرح جدول ۴ است.



جدول ۴: ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد و کل پرسشنامه

ضریب آلفا	تعدادگویه	ابعاد
۰/۹۱	۱۰	مهارت‌های حرکتی
۰/۸۸	۶	بهداشت
۰/۹۱	۶	تغذیه
۰/۹۶		کل

در بخش کمی، این مطالعه از نوع پیمایشی و در زمره روش‌های پژوهش غیرآزمایشی قرار می‌گیرد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۱) و از نظر هدف، از نوع پژوهش کاربردی<sup>۱</sup> است. جامعه آماری این تحقیق را مدیران، معلمان و والدین دانش‌آموزان مدارس ابتدایی کشور تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری در بخش کمی روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. ابتدا برحسب موقعیت جغرافیایی کشور به پنج منطقه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم و سپس از هر منطقه ۲ استان انتخاب شد. بر این اساس ۱۰ استان تهران، قزوین، گیلان، آذربایجان غربی، خراسان جنوبی، هرمزگان، فارس، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد و اصفهان انتخاب شدند. در هر استان ۳ منطقه و از مناطق انتخاب شده ۱۰ مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی و به تفکیک جنسیت (۵ مدرسه دخترانه و ۵ مدرسه پسرانه) انتخاب شدند. از هر مدرسه منتخب ۶ معلم از هر پایه و در هر پایه ۲ نفر از اولیای دانش‌آموزان دارای حداقل مدرک دیپلم انتخاب شدند. بنابراین نمونه این پژوهش ۱۰ استان، ۳۰۰ مدیر، ۱۸۰۰ معلم و ۳۶۰۰ ولی دانش‌آموز بوده اند.

به منظور پاسخگویی به سؤال ۱ از روش تحلیل محتوای کیفی و برای پاسخگویی به سؤالهای کمی از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین و روشهای آمار استنباطی و با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمونهای خی دو، کروسکال والیس و آزمون یومن ویتنی برای مقایسه دو به دو استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

#### سؤال ۱: ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی چیست؟

نتایج حاصل از تحلیل محتوای کیفی پژوهش یعنی کدگذاری مصاحبه‌های انجام شده و تحلیل اسناد و پژوهشهای مرتبط منجر به کشف و شناسایی ابعاد، نشانگرها و گویه‌های سلامت جسمانی شد. این نشانگرها با توجه به قرابت معنایی در سه بعد مهارت‌های حرکتی، با چهار نشانگر (شناخت مفاهیم رشد جسمانی، ورزش، ارگونومی، بازی)، بهداشت با سه نشانگر (بهداشت فردی، بهداشت محیطی، پیشگیری از بیماریها و ایمنی) و تغذیه با دو نشانگر (الگوی تغذیه سالم و الگوهای غلط تغذیه ای) به شرح جدول ۵ طبقه بندی شد.

جدول ۵: ابعاد، نشانگرها و گویه‌های سلامت جسمانی و ماتریس عاملی بعد از چرخش

ابعاد	نشانگر	گویه‌ها	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	
مهارت‌های حرکتی	شناخت مفاهیم رشد جسمانی	آشنایی با مفاهیم و اصول آمادگی جسمانی و تغییرات جسمانی حرکتی در دوره ابتدایی		۰/۷۸۶		
		آشنایی با روشهای تناسب وزن و قد کودکان و چگونگی کنترل آن		۰/۸۰۹		
		آشنایی با میزان خواب و استراحت در کودکان		۰/۶۰۶		
	ورزش	ارگونومی	آشنایی با بلوغ و اقتضات هویت جنسیتی پسران و دختران		۰/۵۳۶	
			آشنایی با اصول مهارت‌های ورزشی متناسب با ویژگیهای سنی و جنسیتی فرزندان		۰/۵۹۷	
			آشنایی با رشته‌های ورزشی و روشهای علاقه‌مند کردن دانش آموزان به ورزش		۰/۴۲۴	
	بازی	بهداشت فردی	آشنایی با ناهنجاریهای بدنی (مانند اختلالات ستون فقرات و ...) و شیوه‌های درمان آن		۰/۳۹۰	
			شناخت انواع بازی و نقش و اهمیت آن در سلامتی کودکان		۰/۴۸۶	
			آشنایی با انواع تفریحات سالم و چگونگی بهره‌گیری از اوقات فراغت در کنار خانواده		۰/۴۳۲	
بهداشت	پیشگیری از بیماری‌های رایج	آشنایی با بهداشت و مراقبت از اندامها (بهداشت دهان و دندان، پوست و مو، چشم و گوش و ...)		۰/۶۲۹		
		آشنایی با بیماریهای رایج کودکان (واگیر و غیر واگیر، روشهای مصرف دارو، تغذیه بیمار و روشهای پیشگیری و مراقبت)		۰/۴۹۸		
	بهداشت محیطی	الگوی تغذیه سالم	آشنایی با مهارت‌های ایمنی و شیوه‌های حفاظت فرزندان در برابر خطرات احتمالی		۰/۶۱۷	
			آشنایی با اصول بهداشت محیط (خانه، مدرسه و جامعه) و روشهای رعایت بهداشت		۰/۶۸۳	
			آشنایی با بهداشت مواد غذایی (راههای آلوده شدن غذا و تشخیص مواد غذایی سالم و ناسالم، چگونگی طبخ و نگهداری مواد غذایی و ظروف مورد استفاده و ...)		۰/۵۳۲	
			آشنایی با روشهای خرید و انتخاب مواد غذایی از بیرون		۰/۴۷۳	
تغذیه	الگوهای غلط تغذیه ای	آشنایی با الگوی تغذیه ای سالم و برنامه‌ریزی تغذیه برای فرزندان با توجه به ویژگیهای سنی و جنسی آنان		۰/۶۳۴		
		آشنایی با گروههای غذایی و مکملها(ویتامینها) و میزان نیاز کودکان به آنها		۰/۷۶۵		
		آشنایی با نقش میان وعده‌ها و صبحانه در سلامت فرزندان		۰/۷۱۹		
		آشنایی با رژیم غذایی دوران امتحانات		۰/۸۰۴		
		آشنایی با انواع اختلالات تغذیه ای و نقش آن در ضعف و ناتوانی جسمی و روانی کودکان		۰/۹۲۴		
		آشنایی با رژیم غذایی مناسب و چگونگی رفتار با کودکان بی اشتها و پراشتها و حساسیتهای غذایی		۰/۸۲۷		

سؤال ۲: نیازهای آموزشی والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه نشانگرها و ابعاد تربیت جسمانی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دوره ابتدایی کدام است؟

جدول ۶: آماره‌های توصیفی و استنباطی مربوط به نشانگرهای نیازهای آموزشی والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه

## تربیت جسمانی

ابعاد	نشانگرها	کاملاً مخالفم (۱)	۲	۳	۴	کاملاً موافقم (۵)	درجه آزادی = ۴ مقدار خی دو نشانگرها
شناخت مفاهیم رشد جسمانی	مدیر	۵	۳۳	۷۳	۱۵۳	۸۳۹	۰۰۲۲۲۳/۲۶
	معلمان	۸۰	۲۲۹	۴۶۶	۸۷۳	۴۷۱۱	۱۱۹۰۷/۷۴
	والدین	۲۷۰	۴۷۷	۱۰۷۵	۱۵۰۷	۸۵۲۷	۲۰۳۷۵/۵
کل	۳۵۵	۷۳۹	۱۶۱۴	۲۵۳۳	۱۴۰۷۷	۰۰۳۴۴۸۰/۳۱	
ورزش	مدیر	۱۰	۴۹	۱۲۱	۳۷۲	۵۷۵	۰۰۵۷۵
	معلمان	۲۱	۸۷	۲۸۶	۶۴۵	۲۱۳۷	۴۸۰۹/۸۳
	والدین	۸۹	۱۹۵	۵۴۴	۱۰۰۰	۴۰۶۱	۹۲۵۲/۴۵
کل	۱۱۰	۲۹۲	۸۷۹	۱۷۶۶	۶۵۷۰	۰۰۱۴۸۹۸/۷۸	
ارگونومی	مدیر	۲	۱۳	۳۶	۱۰۹	۳۸۸	**۹۴۷/۳۸
	معلمان	۳۲	۹۶	۲۶۳	۵۷۶	۲۱۹۹	۵۱۲۰/۱۴
	والدین	۱۰۷	۲۲۹	۴۶۱	۱۰۰۸	۴۱۰۷	۹۴۴۶/۵۲
کل	۱۴۱	۳۳۸	۷۶۰	۱۶۹۳	۶۶۹۴	۰۰۱۵۵۰۷/۸	
بازی	مدیر	۲	۶	۳۱	۹۲	۴۱۴	۰۰۱۱۱۴/۲۸
	معلمان	۲۲	۵۳	۱۷۱	۵۲۸	۲۳۶۵	۶۲۶۶/۱۳
	والدین	۶۹	۱۷۷	۴۱۳	۹۱۷	۴۳۳۶	۱۰۸۷۴/۵۷
کل	۹۳	۲۳۶	۶۱۵	۱۵۳۷	۷۱۱۵	**۱۸۲۴۲/۷۶	
بهداشت فردی	مدیر	۵	۱۰	۲۴	۲۴	۲۳۵	**۵۴۲/۴۴
	معلمان	۱۰	۱۴	۶۲	۱۷۶	۱۳۲۲	**۳۵۴۵/۸۵
	والدین	۳۲	۷۱	۱۳۷	۳۲۹	۲۳۹۷	**۶۹۴۴/۱۲
کل	۴۲	۹۰	۲۰۹	۵۲۹	۳۹۵۴	**۱۱۷۲۶/۰۶	
پیشگیری از بیماریهای رایج	مدیر	۱	۳	۱۰	۴۵	۲۱۶	**۶۱۲/۱۱
	معلمان	۹	۲۴	۹۱	۲۶۴	۱۲۰۲	**۳۵۴۵/۸۵
	والدین	۳۶	۸۲	۲۰۵	۴۴۵	۲۲۱۱	**۵۶۴۲/۳۳
کل	۴۶	۱۰۹	۳۰۶	۷۵۴	۳۶۲۹	**۹۴۴۷/۶۹	
بهداشت محیطی	مدیر	۳	۱۰	۴۱	۱۱۶	۶۵۱	**۱۸۵۲/۸۵
	معلمان	۴۰	۸۹	۲۴۴	۷۴۶	۳۶۳۶	۹۸۰۴/۴۸
	والدین	۱۶۹	۲۷۶	۶۶۲	۱۳۴۵	۶۴۷۸	۱۵۸۳/۲۶
کل	۲۱۲	۳۷۵	۹۴۷	۲۲۰۷	۱۰۷۶۵	**۲۷۴۸۹/۸۸	
ایمنی	مدیر	۳	۱۴	۵۰	۲۰۸	۳۰۸	**۳۹۳/۶۴
	معلمان	۸	۳۵	۸۵	۲۶۴	۱۱۹۵	**۳۱۵۸/۵۴
	والدین	۲۹	۸۲	۲۱۸	۴۲۶	۲۲۰۷	**۵۶۳۱/۱۰
کل	۳۷	۱۲۰	۳۱۷	۷۴۰	۳۶۱۰	**۹۳۷/۶۵	

مدیر	۲	۱۱	۵۹	۱۹۶	۸۲۲	۲۲/۲۰۲**
معلمان	۳۶	۹۷	۳۲۳	۱۰۹۳	۴۷۷۱	۴۰/۱۲۷۲۴**
والدین	۱۵۳	۳۵۵	۸۷۵	۱۸۸۷	۸۵۹۹	۰۶/۲۱۱۶۶**
کل	۱۹۱	۴۶۳	۱۲۵۷	۳۱۷۶	۱۴۱۹۲	۲۳/۳۶۰۴۸**
مدیر	۱	۱۳	۲۱	۱۰۹	۴۰۵	۰۶/۱۰۵۸۶۲**
معلمان	۲۱	۵۵	۲۱۲	۵۶۶	۲۳۱۹	۰۵/۵۸۱۲/۳۵**
والدین	۷۷	۱۵۱	۴۶۲	۹۷۶	۴۲۳۶	۰۵/۱۰۳۱۱/۵۲**
کل	۹۹	۲۱۹	۶۹۵	۱۶۵۱	۶۹۶۰	۰۱/۱۷۲۴۰/۱۸**

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۷: آماره‌های توصیفی و استنباطی مربوط به ابعاد حیظه نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه

#### ترتیب جسمانی

مقدار خیی دو ابعاد درجه آزادی = ۴	کاملاً موافقم (۵)	۴	۳	۲	کاملاً مخالفم (۱)	
۵۱۰۷/۶ <sup>۰۰</sup>	۲۰۱۳	۴۷۵	۱۸۹	۶۲	۹	مدیر
۲۷۹۵۹/۰۷ <sup>۰۰</sup>	۱۱۴۱۲	۲۶۲۲	۱۱۸۶	۴۶۵	۱۵۵	معلمان
۴۹۸۴۰ <sup>۰۰</sup>	۲۱۰۳۱	۴۴۳۲	۲۴۹۳	۱۰۷۸	۵۳۵	والدین
۸۲۸۶۵/۲۶ <sup>۰۰</sup>	۳۴۴۵۶	۷۵۲۹	۳۸۶۸	۱۶۰۵	۶۹۹	کل
۸۳۳۶/۲**	۳۳۲۳	۷۱۰	۲۶۴	۸۳	۱۳	مدیر
۴۸۰۰۰/۶۲**	۱۸۷۶۷	۴۰۷۲	۱۶۶۸	۶۲۷	۲۲۲	معلمان
۸۳۷۷۸/۱۵**	۳۴۳۲۴	۶۹۷۷	۳۷۱۵	۱۵۸۹	۸۰۱	والدین
۱۴۰۵۲۷/۶۳**	۵۶۴۱۴	۱۱۷۵۹	۵۶۴۷	۲۲۹۹	۱۰۳۶	کل
۳۲۵۸/۹۲ <sup>۰۰</sup>	۱۲۲۷	۳۰۵	۸۰	۲۴	۳	مدیر
۱۸۵۹۷/۶۷ <sup>۰۰</sup>	۷۰۹۰	۱۶۵۹	۵۳۵	۱۵۲	۵۷	معلمان
۳۱۴۷۵/۱ <sup>۰۰</sup>	۱۲۸۳۵	۲۸۶۳	۱۳۳۷	۵۰۶	۲۳۰	والدین
۵۳۲۷۹/۹ <sup>۰۰</sup>	۲۱۱۵۲	۴۸۲۷	۱۹۵۲	۶۸۲	۲۹۰	کل

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۶ و ۷ توزیع فراوانی پاسخهای مدیران، معلمان و والدین را به هر یک از گزینه‌های کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درباره هریک از ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی و خیی دو محاسبه شده نشان می‌دهد. باتوجه به اطلاعات ارائه شده درجدول با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم پاسخ دهندگان به طور معناداری با اهمیت ابعاد به عنوان نیازهای آموزشی والدین کاملاً موافق هستند.

سؤال ۳: ترتیب نیازهای اولویت‌دار به تفکیک دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در حوزه سلامت جسمانی چیست؟

جدول ۸: ترتیب نیازهای اولویت دار والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین در

نشانگرهای سلامت جسمانی

والدین			معلم			مدیر			نشانگرها
رتبه	میانگین رتبه	میانگین	رتبه	میانگین رتبه	میانگین	رتبه	میانگین رتبه	میانگین	
۱	۶/۱۷	۴/۶۸	۱	۶/۲۵	۴/۴۶	۱	۶/۲۳۳	۴/۷۸۴	بهداشت فردی
۳	۵/۷۶	۴/۵۸	۲	۵/۷۵	۴/۶۶	۲	۵/۹۲۱	۴/۷۱۸	پیشگیری از بیماریهای رایج
۲	۵/۷۸	۴/۵۹	۳	۵/۷۲	۴/۶۵	۳	۵/۶۸۷	۴/۶۸۹	ایمنی
۷	۵/۳۶	۴/۵۴	۴	۵/۵۸	۴/۶۶	۴	۵/۶۷۸	۴/۷۰۸	بهداشت محیطی
۴	۵/۵۸	۴/۵۸	۵	۵/۵۵	۴/۶۴	۵	۵/۵۰۷	۴/۶۵۶	بازی
۶	۵/۳۸	۴/۵۶	۶	۵/۵۳	۴/۶۶	۶	۵/۴۸۴	۴/۶۸۳	الگوی تغذیه سالم
۵	۵/۵۲	۴/۵۶	۷	۵/۴۹	۴/۶۱	۷	۵/۴۳۲	۴/۶۵۰	الگوهای غلط تغذیه‌ای
۸	۵/۲۲	۴/۴۹	۹	۵/۰۵	۴/۵۲	۸	۵/۰۹۳	۴/۵۷۱	ارگونومی
۱۰	۵/۰۳	۴/۴۸	۸	۵/۰۶	۴/۵۶	۹	۵/۰۷۱	۴/۶۰۷	شناخت مفاهیم رشد جسمانی
۹	۵/۲۰	۴/۴۹	۱۰	۵/۰۲	۴/۵۱	۱۰	۴/۸۹۴	۴/۵۳۱	ورزش
خی دو: ۷۲۰ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۲۹۲۲			خی دو: ۴۹۰ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۱۵۷۲			خی دو: ۹۷ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۲۷۲			

جدول ۹: ترتیب نیازهای اولویت دار والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین در ابعاد سلامت

جسمانی

والدین			معلم			مدیر			ابعاد
رتبه	میانگین رتبه	میانگین	رتبه	میانگین رتبه	میانگین	رتبه	میانگین رتبه	میانگین	
۱	۲/۱۱	۴/۵۵	۱	۲/۱۵	۴/۶۳	۱	۲/۱۸	۴/۶۶	بهداشت
۲	۲/۰۳	۴/۵۰	۲	۲/۰۵	۴/۵۹	۲	۲/۰۵	۴/۶۱	تغذیه
۳	۱/۸۶	۴/۴۶	۳	۱/۸	۴/۵۵	۳	۱/۷۷	۴/۵۵	مهارتهای حرکتی
خی دو: ۱۸۸ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۳۰۱۷			خی دو: ۱۷۳ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۱۶۰۵			خی دو: ۴۰ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۲۷۹			

داده‌های جدول ۸ و ۹ میانگینها و رتبه‌های نشانگرها و ابعاد مربوط به نیازهای آموزشی والدین در حیطه نیازهای جسمانی را به تفکیک سه گروه مدیران، معلمان و والدین نشان می‌دهند. براساس نتایج آزمون فریدمن با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که در هر سه گروه مدیران، معلمان و والدین این رتبه‌بندیها معنادار است. ترتیب نیازها نشان می‌دهد اولویتها به طور کلی از دیدگاه پاسخ دهندگان ابتدا بهداشت، دوم تغذیه و سوم مهارتهای حرکتی است.

سؤال ۴: آیا تفاوت معناداری میان دیدگاههای مدیران، معلمان و والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه سلامت جسمانی وجود دارد؟

جدول ۱۰: آماره‌های توصیفی و استنباطی تفاوت دیدگاههای مدیران، معلمان و والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه

سلامت جسمانی

اماره	درجه آزادی	سطح معناداری	کروسکال والیس		تعداد	میانگین رتبه	نشانیگر	ابعاد
			مدیر	معلمان				
*۰/۰۳۴	۲	۶/۷۹۱	۲۵۴۴	۲۷۷	مدیر	شناخت مفاهیم رشد جسمانی	مهارتهای حرکتی	
			۲۴۸۶	۱۶۰۳	معلمان			
			۲۳۹۸	۲۹۹۱	والدین			
				۴۸۷۱	کل			
۰/۹۶۵	۲	۰/۰۷۲	۲۴۴۸	۲۷۷	مدیر	ورزش		
			۲۴۲۷	۱۶۰۲	معلمان			
			۲۴۲۹	۲۹۸۰	والدین			
				۴۸۵۹	کل			
۰/۶۹۳	۲	۰/۷۳۳	۲۴۸۲	۲۷۶	مدیر	ارگونومی		
			۲۴۳۵	۱۵۹۴	معلمان			
			۲۴۱۹	۲۹۸۶	والدین			
				۴۸۵۶	کل			
۰/۰۸۸	۲	۴/۸۵۱	۲۴۸۹	۲۷۶	مدیر	بازی		
			۲۴۶۹	۱۵۸۹	معلمان			
			۲۳۹۶	۲۹۸۶	والدین			
				۴۸۵۱	کل			
*۰/۰۱۱	۲	۹/۱۰۷	۲۵۰۵	۲۷۴	مدیر	بهداشت فردی	بهداشت	
			۲۴۵۴	۱۵۸۴	معلمان			
			۲۳۸۱	۲۹۶۶	والدین			
				۴۸۲۴	کل			
۰/۰۶۹	۲	۵/۳۳۹	۲۵۲۹	۲۷۵	مدیر	پیشگیری از بیماریهای رایج		
			۲۴۴۹	۱۵۹۰	معلمان			
			۲۳۹۸	۲۹۷۹	والدین			
				۴۸۴۴	کل			
*۰/۰۰۰۱	۲	۲۲/۲۷۳	۲۵۸۷	۲۷۶	مدیر	بهداشت محیطی		
			۲۵۲۲	۱۵۹۲	معلمان			
			۲۳۶۳	۲۹۸۸	والدین			
				۴۸۵۶	کل			
*۰/۰۰۶	۲	۱۰/۴۰۴	۲۴۷۰	۲۷۶	مدیر	الگوی تغذیه سالم	تغذیه	
			۲۵۰۵	۱۵۹۲	معلمان			
			۲۳۸۲	۲۹۸۷	والدین			

کروسکال والیس			میانگین رتبه	تعداد		نشانگر	ابعاد
درجه آزادی	سطح معناداری	آماره					
				۴۸۵۵	کل		
۰/۱۴۳	۲	۳/۸۱۷	۲۵۰۱	۲۷۶	مدیر	الگوهای غلط تغذیه‌ای	
			۲۴۶۲	۱۵۹۲	معلمان		
			۲۴۰۱	۲۹۸۶	والدین		
				۴۸۵۴	کل		

به منظور پاسخ به این سؤال از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. داده‌های جدول نشان می‌دهند که پاسخ‌دهندگان در بعد مهارت‌های حرکتی، نشانگر شناخت مفاهیم رشد جسمانی ( $P < 0.05$ )،  $P < 0.05$  و  $P < 0.05$ ، بعد بهداشت، نشانگرهای بهداشت فردی ( $P < 0.05$ )،  $P < 0.05$  و  $P < 0.05$ ، بعد بهداشت محیطی ( $P < 0.05$ )،  $P < 0.05$  و  $P < 0.05$ ، نشانگر الگوی تغذیه سالم ( $P < 0.05$ )،  $P < 0.05$  و  $P < 0.05$  تفاوت معنادار دارند.

جدول ۱۱: تفاوت دیدگاه‌های مدیران- معلمان- مدیران- والدین و معلمان- والدین در زمینه تربیت سلامت در

#### بعد نشانگرها

یومن وینتی		مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ها	تعداد	گروه‌ها	نشانگرها
سطح معناداری	آماره					
۰/۵۰۳	۲۱۶۸۷۷	۲۶۵۶۵۷	۹۵۹	۲۷۷	مدیر	شناخت مفاهیم رشد جسمانی
		۱۵۰۲۴۸۳	۹۳۷	۱۶۰۳	معلمان	
۰/۳۷۰	۲۱۲۳۰۰	۲۵۹۳۹۱	۹۴۶	۲۷۴	مدیر	بهداشت فردی
		۱۴۶۷۶۲۰	۹۲۶	۱۵۸۴	معلمان	
۰/۴۰۶	۲۱۳۸۱۴	۲۶۳۸۰۴	۹۵۵	۲۷۶	مدیر	بهداشت محیطی
		۱۴۸۱۸۴۲	۹۳۰	۱۵۹۲	معلمان	
۰/۶۴۱	۲۱۶۲۹۰	۲۵۴۵۱۶	۹۲۲	۲۷۶	مدیر	الگوی تغذیه سالم
		۱۴۹۱۱۲۹	۹۳۶	۱۵۹۲	معلمان	
۰/۰۷۴	۳۸۹۴۷۶	۴۷۷۵۳۳	۱۷۲۳	۲۷۷	مدیر	شناخت مفاهیم رشد جسمانی
		۴۸۶۴۰۱۲	۱۶۲۶	۲۹۹۱	والدین	
۰/۰۳۹*	۳۸۵۵۶۱	۴۶۴۷۹۸	۱۶۹۶	۲۷۴	مدیر	بهداشت فردی
		۴۷۸۵۶۲۲	۱۶۱۳	۲۹۶۶	والدین	
۰/۰۰۴*	۳۷۴۳۲۱	۴۸۸۵۹۳	۱۷۷۰	۲۷۶	مدیر	بهداشت محیطی
		۴۸۳۹۸۱۷	۱۶۱۹	۲۹۸۸	والدین	
۰/۲۵۸	۳۹۷۰۳۲	۴۶۵۶۰۶	۱۶۸۶	۲۷۶	مدیر	الگوی تغذیه سالم
		۴۸۵۹۶۱۰	۱۶۲۶	۲۹۸۷	والدین	
۰/۰۲۹*	۳۳۱۰۹۶۹	۳۷۶۹۲۰۹	۲۳۵۱	۱۶۰۳	معلمان	شناخت مفاهیم رشد جسمانی
		۶۷۸۵۵۰۵	۲۲۶۸	۲۹۹۱	والدین	
۰/۰۱۳*	۲۲۷۸۵۷۹	۳۶۷۴۸۱۵	۲۳۲۰	۱۵۸۴	معلمان	بهداشت فردی
		۶۶۷۸۶۴۰	۲۲۵۱	۲۹۶۶	والدین	

یومن ویتنی		مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ها	تعداد	گروه‌ها	نشانه‌ها
سطح معناداری	آماره					
۰/۰۰۰*	۲۲۲۲۹۰۹	۳۸۰۲۰۱۵	۲۳۸۸	۱۵۹۲	معلمان	بهداشت محیطی
		۶۶۸۸۴۷۵	۲۲۳۸	۲۹۸۸	والدین	
۰/۰۰۱*	۲۲۵۷۳۸۸	۳۷۶۵۹۴۴	۲۳۶۵	۱۵۹۲	معلمان	الگوی تغذیه سالم
		۶۷۱۹۹۶۶	۲۲۴۹	۲۹۸۷	والدین	

براساس جدول ۱۱، با توجه به مقادیر آماره یومن ویتنی و سطح معناداری به دست آمده، میان دیدگاه‌های مدیران و معلمان در زمینه نشانه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد. اما میان دیدگاه‌های مدیران و والدین در زمینه نشانه‌های بهداشت فردی ( $P < ۰,۰۵$ ) و ( $P = ۳۸۵۵۶۱$  یومن ویتنی) و بهداشت محیطی ( $P < ۰,۰۵$ ) و ( $P = ۳۷۴۳۲۱$  یومن ویتنی) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میان دیدگاه‌های معلمان و والدین در نشانه‌های شناخت مفاهیم جسمانی ( $P < ۰,۰۵$ ) و ( $P = ۲۳۱۰۹۶۹$  یومن ویتنی)، بهداشت فردی ( $P < ۰,۰۵$ ) و ( $P = ۲۲۷۸۵۷۹$  یومن ویتنی)، بهداشت محیطی ( $P < ۰,۰۵$ ) و ( $P = ۲۲۲۲۹۰۹$  یومن ویتنی) و الگوی تغذیه سالم ( $P < ۰,۰۵$ ) و ( $P = ۲۲۵۷۳۸۸$  یومن ویتنی) تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون من ویتنی در مورد تک تک گویه‌ها که به دلیل حجم بالای مطالب از ارائه آنها خودداری شده است نتیجه می‌گیریم که این تفاوتها مربوط به "مفاهیم و اصول آمادگی جسمانی، میزان خواب و استراحت، بلوغ و اقتضانات جنسیتی، اصول بهداشت محیط، بهداشت و مراقبت از اندامها، بهداشت مواد غذایی و توجه به میان وعده‌ها و نوع صبحانه است، به طوری که میانگین نظرات مدیران به طور معنادار با نظرات والدین متفاوت بوده و از نظر مدیران دارای اهمیت بیشتری بوده است. همچنین میان نظرات معلمان و والدین نیز تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. از نظر معلمان روشهای تناسب وزن و قد کودکان، میزان خواب و استراحت در کودکان، بلوغ و اقتضانات جنسیتی، انواع تفریحات سالم و بهره‌گیری از اوقات فراغت در کنار خانواده، بهداشت و مراقبت از اندامها، اصول بهداشت محیط، بهداشت مواد غذایی، روشهای خرید و انتخاب مواد غذایی، الگوی تغذیه سالم و برنامه ریزی تغذیه برای فرزندان، نوع میان وعده‌ها و نوع صبحانه و رژیم غذایی در دوره امتحانات به طور معناداری با نظرات والدین متفاوت است و برای معلمان از درجه اهمیت بیشتری برخوردار بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

خانواده نخستین و مهم‌ترین پایگاه اجتماعی و نظام ارتباطی انسان برای کودکان به شمار می‌رود. کارکردهای پراهمیت نهاد خانواده و تأثیر آن بر رشد و موفقیت‌های آتی دانش‌آموزان و نیز تربیت آنان ضرورت کشف و شناسایی ظرفیت و توان بالقوه آن را توجیه می‌نماید. آگاهی والدین



از شیوه‌های تربیتی نوین و روزآمد متناسب با پدیده‌های اجتماعی جامعه امروز می‌تواند نگرش آنان را نسبت به تربیت فرزندان تغییر دهد و سبب کاهش مسائل و مشکلات مبتلابه شود. همچنین می‌تواند از پدید آمدن مسائل جدید پیشگیری کند. امروزه موضوع ارتقای سلامت و بهداشت دانش‌آموزان در اسناد تحولی آموزش و پرورش مورد توجه قرار گرفته است. در همین راستا توجه به نهاد خانواده به ویژه والدین و فراهم آوردن شرایط برای ارتقای دانش و آگاهی ایشان در این امر ضروری می‌نماید. بدیهی است که تعیین نیازهای والدین و شناسایی اولویتها در این زمینه به منزله نخستین گام می‌تواند مسیر برنامه‌ریزی برای ارائه آموزشهای مورد نیاز را فراهم نماید. یافته‌های این پژوهش حوزه سلامت جسمانی را در سه بعد مهارتهای حرکتی (با نشانگرهای مفاهیم رشد جسمانی، ارگونومی، ورزش، بازی)، بهداشت (با نشانگرهای بهداشت فردی، بهداشت محیطی و پیشگیری از بیماریهای رایج و ایمنی) و تغذیه (با نشانگرهای الگوی تغذیه سالم و اختلالات تغذیه ای) شناسایی نمود. یافته‌ها نشان دادند که همه بیست و دو گویه، نشانگرها و ابعاد سلامت جسمانی از نظر پاسخ‌دهندگان به منزله نیاز آموزشی در حد زیاد و خیلی زیاد مطرح شده است و از نظر آماری معنادار است. این بدان معناست که میزان آگاهی و شناخت والدین در این زمینه پاسخگوی نیازهای فعلی ایشان در زمینه سلامت جسمانی دانش‌آموزان نیست. یافته‌ها نشان دادند که تفاوتی معنادار میان دیدگاههای مدیران و معلمان در زمینه اولویت‌بندی نیازها وجود ندارد. اما میان دیدگاه مدیران و معلمان با دیدگاه والدین تفاوت معنادار وجود دارد.

اولویت‌بندی نیازهای آموزش والدین از دیدگاه مدیران و معلمان نشان می‌دهد که ترتیب نیازها ابتدا در بعد بهداشت آن هم در نشانگرهای بهداشت فردی و محیطی و سپس پیشگیری از بیماریهای رایج است. این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده در زمینه لزوم توجه به بهداشت عمومی (امیری و همکاران، ۱۳۸۷؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹؛ سودبخش و همکاران، ۱۳۸۱)، سلامت دهان و دندان (شریف و همکاران، ۱۳۸۲؛ رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵؛ افلاطونیان و شریفی، ۱۳۸۶)، بیماریهای دهان و دندان (کیخانی و همکاران، ۱۳۹۲) و سلامت چشم و گوش (امیدیان، ۱۳۷۹؛ نبوی‌زاده و همکاران، ۱۳۷۹؛ سرفراز، ۱۳۸۲) مطابقت دارد.

اولویت بعدی مورد نیاز، بعد تغذیه با نشانگر الگوی تغذیه سالم و انواع اختلالات تغذیه ای است. این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده در مورد سلامت تغذیه (علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲؛ وکیلی و همکاران، ۱۳۸۶؛ طاهری و فؤادالدینی، ۱۳۸۴؛ شیخ‌الاسلام و همکاران، ۱۳۸۶)، الگوهای تغذیه ای سالم و سوءتغذیه (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ خلیج و محمدی زیدی، ۱۳۸۵؛

علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲) و تغذیه نامناسب (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۲؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۴) همسو است و نشان می‌دهد توجه به الگوی تغذیه سالم و رسیدگی به وضعیت تغذیه ای دانش آموزان و ارائه اطلاعات مورد نیاز به ویژه به والدین در جهت ارتقای سلامت جسمانی دانش آموزان ضروری است. در زمینه مصرف صبحانه و توجه به میان وعده‌ها نتایج این مطالعه با یافته‌های بغدادچی و همکاران (۱۳۸۰) و در زمینه اثرات فقدان صبحانه با علیزاده سیوکی و همکاران (۱۳۹۲) و خلج و محمدی زیدی (۱۳۸۵) مطابقت دارد. همچنین در زمینه میان‌وعده‌های غذایی و اهمیت آنها با نتایج پژوهش جاست و همکاران در سال ۲۰۱۲ همسوست.

توجه به نیازهای مربوط به بعد مهارت‌های حرکتی در اولویت سوم از منظر پاسخ دهندگان است که با نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه سلامت عضلانی و استخوانی (چهره آسا و شهرکی، ۱۳۸۰؛ جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۳؛ میرزا آقایی و همکاران، ۱۳۸۵)، اختلالات ستون فقرات و اختلال سیستم عضلانی (رمضان زاده تبریز و همکاران، ۱۳۹۴) و شیوع ناهنجاریهای وضعیتی (یوسفی، ۱۳۸۴؛ سنه، ۱۳۸۸) مطابقت دارد.

از جمله مواردی که در تحقیقات پیشین به آنها توجه نشده و یا کمتر توجه شده است و پاسخ‌دهندگان آنها را به مثابه نیازهای اولویت‌دار مطرح کرده اند به شرح زیر است:

۱. آشنایی با انواع تفریحات سالم و چگونگی بهره‌گیری از اوقات فراغت در کنار خانواده
۲. آشنایی با مهارت‌های ایمنی
۳. آشنایی با میزان خواب و استراحت در کودکان
۴. آشنایی با رژیم غذایی دوران امتحانات
۵. آشنایی با روش‌های خرید و انتخاب مواد غذایی

در زمینه نیازسنجی آموزشی والدین دانش آموزان در کشور مطالعات کافی انجام نشده است. در این رابطه می‌توان به پژوهش‌های عصاره و نصری (۱۳۸۴)، حکیم‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) و مظاهری (۱۳۹۳) اشاره کرد که در مقطع متوسطه انجام شده است و البته حوزه سلامت جسمانی در این پژوهش‌ها به منزله یکی از اولویتها در نیازهای آموزشی والدین مطرح شده است. لذا با توجه به محدود بودن پژوهش‌ها در زمینه نیازسنجی والدین برای دانش آموزان دوره ابتدایی، نتایج این پژوهش در سطح ملی و شناسایی ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی از نکات بارز و مهم این تحقیق است.

**پیشنهادها**

۱. نیازهای شناسایی شده به عنوان سرفصلهای آموزشی در تهیه بسته‌های آموزشی دوره ابتدایی مورد استفاده مؤلفان و برنامه‌ریزان قرار گیرد.
۲. وزارت آموزش و پرورش با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌های آموزشی منسجم برای ارتقای آگاهی والدین تدارک ببینند. بدیهی است که نیازهای شناسایی شده باید به عنوان سرفصلهای آموزشی برای آموزش والدین در نظر گرفته شوند.
۳. نیازهای آموزشی شناسایی شده در قالب مقاله در مجلات کمک آموزشی درج شوند تا در دسترس والدین و معلمان قرار گیرند. در این زمینه تهیه و توزیع فیلمهای آموزشی کوتاه و نرم‌افزارهای آموزشی نیز می‌تواند مؤثر باشد.
۴. صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی نیز می‌توانند از نیازهای شناسایی شده در تولید برنامه و تهیه مجلات برای والدین بهره بگیرند.
۵. مدیران مدارس می‌توانند آموزشهای مورد نیاز را (با توجه به سرفصلها) در سطح مدرسه برای معلمان و والدین طراحی کنند و برای اجرا از متخصصان مربوطه دعوت به عمل آورند.

## منابع

- اسکندری، حسین؛ رفیعی‌فر، شهرام و همکاران. (۱۳۸۴). کوریکولوم جامع آموزش سلامت در مدارس از مقطع پیش‌دبستانی تا پایان پیش‌دانشگاهی. تهران: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، وزارت آموزش و پرورش.
- افلاطونیان، محمدرضا و شریفی، ایرج. (۱۳۸۶). میزان شیوع لیشمانیوز پوستی در دانش‌آموزان شهر بم و بروات در بهار ۱۳۸۵. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۴(۲)، ۸۲-۸۹.
- امیدیان، جلیل. (۱۳۷۹). شیوع کورونگی ارثی مادرزادی در دانش‌آموزان دبستانی شهر کرمانشاه طی سال‌های ۱۳۷۷-۷۸. *مجله بینا*، ۵(۴)، ۳۲۵-۳۳۰.
- امیری، فاطمه السادات؛ امانی، رضا؛ خواجه موگهی، ناهید و رشیدخانی، بهرام. (۱۳۸۷). تأثیر دو نوع صبحانه (پرکربوهیدرات و پروتئین) بر عملکرد شناختی دانش‌آموزان ۹-۱۱ ساله دبستانی. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۳(۲)، ۲۳-۳۲.
- بازرگان، عباس. (۱۳۸۰). *ارزشیابی آموزشی*. تهران: انتشارات سمت.
- برنامه درسی ملی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۱). تهران: وزارت آموزش و پرورش، شورای عالی آموزش و پرورش.
- بغدادچی، جلیل؛ امانی، رضا و خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۸۰). بررسی اثرات صبحانه بر قدرت تمرکز و حافظه کوتاه‌مدت دانش‌آموزان دبستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۱(۲۷)، ۵۳۵-۵۴۰.
- تبریزی، منصوره. (۱۳۹۳). تحلیل محتوای کیفی از منظر رویکردهای قیاسی و استقرایی. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۲۱(۶۴)، ۱۰۵-۱۳۸.
- جمشیدی، احمدرضا؛ شاعری، حمیدرضا و اکبریان، محمود. (۱۳۸۳). شیوع و اشکال هایپر موبیلیتی مفصلی در دانش‌آموزان تهرانی. *مجله حکیم*، ۷(۳)، ۶-۱۳.
- چهره آسا، فاطمه و شهرکی پور، مهناز. (۱۳۸۰). قوس‌های کف پا در دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی زاهدان و تأثیر شاخص توده بدن بر آن. *مجله طب جنوب*، ۴(۲)، ۱۲۸-۱۳۴.
- حاجیان، کریم‌اله. (۱۳۷۹). بررسی وضعیت تغذیه‌ای دانش‌آموزان دبستانی ۱۱-۶ ساله شهر بابل بر اساس معیارهای تن‌سنجی در سال ۱۳۷۷. *مجله دانشور*، ۱(۲۹)، ۴۳-۶۰.
- حکیم زاده، رضوان؛ میرزابیگی، محمدعلی و رسولی سقایی، مقصود. (۱۳۹۳). نیازسنجی آموزشی برنامه‌های آموزش خانواده برای اولیاء دانش‌آموزان ناحیه یک تبریز. *فصلنامه آموزش و ارزشیابی*، ۷(۲۶)، ۷-۲۴.
- خلج، محمد و محمدی زیدی، عیسی. (۱۳۸۵). بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت در تغییر آگاهی و رفتارهای تغذیه‌ای دانش‌آموزان مدارس ابتدایی در شهر قزوین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱(۱)، ۴۱-۴۹.
- رفیع‌نژاد، جواد؛ نوراللهی، ایوب؛ جوادیان، عزت‌الدین؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان و شمشاد، خدیجه. (۱۳۸۵). بررسی اپیدمیولوژی شپش سر و فاکتورهای مؤثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان املش، استان گیلان سال ۱۳۸۲-۱۳۸۳. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۲(۳ و ۴)، ۵۱-۶۳.
- رفیعی، محمود؛ ترکمن، محمد و شربتدارعلایی، محمدرضا. (۱۳۸۹). آلودگی‌های انگلی در کودکان مدارس شهری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۵۸(۱)، ۸۲-۸۶.

رمضانخوانی، علی. (۱۳۹۲). بهداشت مدارس. در حسین حاتمی، سید منصور رضوی، حسن افتخار اردبیلی و فرشته مجلسی (گردآوردندگان)، کتاب جامع بهداشت عمومی (چاپ سوم، صص. ۱۷۹۴-۱۸۱۹). تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

رمضان‌زاده تبریز، الهه؛ رزاقی، نغمه و حصاری، بهرام. (۱۳۹۴). وضعیت سلامت جسمانی و رفتاری در دانش‌آموزان دختر ۱۱-۷ ساله جنوب شهر مشهد. مجله پرستاری کودکان، ۲(۱)، ۱۹-۲۹.

سرافراز، مظفر. (۱۳۸۲). فراوانی افیوژن گوش میانی در بیش از هفت هزار دانش‌آموز پایه اول و دوم دبیرستان. مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران، ۱۵(۳۱)، ۲۰-۲۳.

سرمه، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۹۱). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.

سنه، افسانه. (۱۳۸۸). مقایسه میزان شیوع ناهنجاری‌های وضعیتی در اندام فوقانی دانش‌آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی تحصیلی. فصلنامه علمی- پژوهشی نوآوری‌های آموزشی، ۸(۳۰)، ۱۳۹-۱۵۶.

سنه، افسانه؛ سلمان، زهرا و آقازاده، محرم. (۱۳۸۷). تأثیر فعالیتهای بدنی و بازی بر رشد توانایی‌های ذهنی پسران پیش‌دبستانی. فصلنامه علمی- پژوهشی نوآوری‌های آموزشی، ۷(۲۶)، ۸۷-۱۰۶.

سودبخش، عبدالرضا؛ احمدی‌نژاد، زهرا و کریم‌پور، علیرضا. (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع آلودگی به انگل زیاردیا در میان دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان نکا در طی سال‌های ۷۸-۱۳۷۷. مجله بیماری‌های عفونی و گرمسیری ایران، ۷(۱۸)، ۳۵-۳۹.

سهیلی، ثریا. (۱۳۹۲). بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه. در حسین حاتمی، سید منصور رضوی، حسن افتخار اردبیلی و فرشته مجلسی (گردآوردندگان)، کتاب جامع بهداشت عمومی (چاپ سوم، صص. ۷۶-۸۷). تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

سیدنوزادی، محسن. (۱۳۹۲). سلامت و بیماری. در حسین حاتمی، سید منصور رضوی، حسن افتخار اردبیلی و فرشته مجلسی (گردآوردندگان)، کتاب جامع بهداشت عمومی (چاپ سوم، صص. ۴۴-۵۷). تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

شریف، مهدی؛ متولی حقی، فرزاد و ضیایی هزارجریبی، هاجر. (۱۳۸۲). بررسی شیوع بیماری گال و عوامل مؤثر در ابتلا به آن در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر ساری در سال ۷۹-۱۳۷۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳(۳۸)، ۴۹-۵۳.

شهبازی، حسن؛ باقیانی‌مقدم، محمدحسین؛ خواجه، زهرا؛ اسماعیلی، عباس؛ کریمی، معصومه و علیانی عجم، شهناز (۱۳۹۲). بررسی رفتارهای تغذیه‌ای و بهداشتی در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان. فصلنامه علمی- پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۴)، ۶۹-۸۰.

شیخ‌الاسلام، ربابه؛ نقوی، محسن؛ امامی‌خو، حمید؛ اسماعیلی، محمدجعفر؛ هدایتی، مهدی و عزیزی، فریدون. (۱۳۸۶). شیوع گواتر و میزان ارادر در دانش‌آموزان ۱۰-۷ ساله استان قم در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۱(۱)، ۱۳-۱۹.

طاهری، فاطمه و فوادالدینی، محسن. (۱۳۸۴). تعیین نورموگرام رشد دانش‌آموزان دختر ۱۴-۱۱ ساله شهر بیرجند در سال ۱۳۸۳ و مقایسه آن با مقادیر مرجع مرکز آمارهای بهداشتی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۲(۳) و ۴، ۵۰-۵۶.

- عصاره، علیرضا و نصری، صادق. (۱۳۸۴). بررسی نیازهای آموزشی و تربیتی والدین و دانش‌آموزان مقطع متوسطه کشور در خرده‌فرهنگ‌های مختلف ایران. *فصل‌نامه نوآوری‌های آموزشی*، ۴(۱۴)، ۶۴-۱۰۶.
- علیزاده سیوکی، هادی؛ کشاورز، محسن؛ جعفری، احمد و رضائی، حسن. (۱۳۹۲). تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی و عملکرد تغذیه‌ای دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تربت حیدریه. *فصلنامه دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه*، (۱)، ۵۱-۴۴.
- کرسول، جان دبلیو. (۱۳۹۶). *طرح پژوهش رویکردهای کیفی، کمی و ترکیبی*، (ترجمه علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس). تهران: جهاد دانشگاهی. (اثر اصلی در سال ۲۰۰۹ چاپ شده است).
- کرسول، جان و پلانو کلارک، ویکی. (۱۳۹۰). *روشهای پژوهش ترکیبی (ترجمه علیرضا کیامنش و جاوید سرایی)*. تهران: آبیژ. (اثر اصلی در سال ۲۰۰۷ چاپ شده است).
- کریمی، هنگامه؛ شیرین کام، فاطمه؛ سجادی، پروین؛ شریفی، مولود و باینردی، معصومه. (۱۳۹۴). *الگوی مصرف مواد غذایی، صبحانه و میان وعده در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه. مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۷۶)، ۸۳-۷۳.
- کیخایی، راضیه؛ رخشانی، فاطمه؛ ایزدی، شاهرخ و هاشمی، سیده زهرا. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان دختر پایه اول ابتدایی زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل*، ۴(۲)، ۴۱-۳۳.
- مظاهری، حسن. (۱۳۹۳). *بررسی نیازهای آموزشی والدین دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه در کلاسهای آموزش خانواده. فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده و پژوهش*، ۱۱(۳)، ۵۸-۴۷.
- مظلومی محمودآباد، سیدسعید؛ ذوالقدر، راضیه؛ میرزایی علویجه، مهدی و حسن بیگی، افسانه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه استرس مزمن و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی در شهر یزد در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه علمی-پژوهشی طلوع بهداشت*، ۱۰(۲)، ۱-۱۰.
- میرزا آقایی، فرزانه؛ معین‌فر، زینب؛ افتخاری، سحر؛ کریمی‌خضری، مرضیه؛ مزیدی، مونا؛ علی‌رضائی، مریم و صداقت، مجتبی. (۱۳۸۵). میزان آگاهی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی از بیماری پوکی استخوان و عوامل مؤثر بر آن. *مجله حیات*، ۱۲(۳)، ۴۳-۵۰.
- میرنصوری، رحیم؛ طاهرپوری، طیبه؛ محمدی، مجید و احمدی، گیتی. (۱۳۹۴). تأثیر فعالیتهای آمادگی جسمانی بر ارتقاء سلامت عمومی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد. *فصلنامه سلامت جامعه*، ۹(۴)، ۲۷-۱۸.
- نبوی‌زاده، سیدحسام‌الدین و نجابت، محمود. (۱۳۷۹). شیوع کورنگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهرستان یاسوج. *مجله ارمنان دانش*، ۵(۱۹ و ۲۰)، ۱۸-۲۴.
- وکیلی، محمود؛ باقیانی مقدم، حسین؛ پیرزاده، آسیه و دهقانی، محبوبه. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی در مورد مصرف شیر و لبنیات. *مجله دانش تندرستی*، ۲(۴)، ۴۵-۴۰.
- یوسفی، بهرام. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط بین برخی ویژگی‌های ارگونومیک میز و نیمکت مدارس با شاخص‌های آنتروپومتری دانش‌آموزان پسر شهرستان کرمانشاه و شیوع ناهنجاری‌های ستون فقرات و اندام اسکلتی فوقانی. *فصلنامه حرکت*، ۲۶(۲)، ۴۰-۲۳.

- Alameda County Health Care Services Agency. (2011). *Frick middle school: School health needs assessment*. San Leandro, CA: Author.
- Alberta Learning, Learning and Teaching Resources Branch. (2000). *Physical education guide to implementation (kindergarten to grade 12)*. Edmonton, AB: Author.
- Desforges, C., & Abouchaar, A. (2003). *The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievements and adjustment: A literature review* (Research Report RR433). London: Department for Education and Skills.
- Hemmatinezhad, M. A., Behrozi, A., Ramazani-nejad, R., Namjoo, S., Faraji, R., & Farzan, F. (2013). The relationship between parents' attitude and children's attitude toward physical activity. *International Journal of Sport Studies*, 3(10), 1126-1131.
- Just, D. R., Lund, J., & Price, J. (2012). The role of variety in increasing the consumption of fruits and vegetables among children. *Agricultural and Resource Economics Review*, 41(1), 72° 81.
- The Ontario Public Service. (2015). *Health and physical education*. Canada: Author.
- Wandner, L. D., & Hair, E. (2009). *Research-based recommendations to improve child nutrition in schools and out-of-school time programs*. Washington, DC: Child Trends.



