



## مقدمه

سلامتی و تندرستی افراد جامعه بزرگ‌ترین چالش جهانی است که تمامی کشورها با آن روبه‌رو هستند (۱). تمامی کشورها در راستای دستیابی به سلامت، به همه گروه‌های مختلف جامعه توجه می‌کنند. از میان این گروه‌ها، دانش‌آموزان از اهمیت خاصی برخوردارند؛ زیرا آنها آینده‌سازان جامعه هستند و در ارتقای سلامت و انتقال مفاهیم آن به دیگران نقش ویژه‌ای دارند (۲).

سلامتی افراد واقع در سنین مدرسه می‌تواند نقش اصلی را در موفقیت و توسعه‌ی یک کشور ایفا نماید؛ زیرا فرد در مدرسه به دلیل تعامل با دانش‌آموزان دیگر و معلم، رفتارهای بهداشتی را فرا گرفته و سبک زندگی خود را شکل می‌دهد (۳-۵). مدرسه محیط کلیدی برای ارتقای سلامت است (۶). مدرسه بعد از خانواده مهم‌ترین نقش را در سلامت کودک ایفا می‌کند (۲) و یک دوره‌ی حیاتی از زندگی کودک محسوب می‌شود (۷ و ۸)؛ زیرا بخش عظیمی از زندگی کودک به شکلی فزاینده در اختیار مدرسه قرار می‌گیرد (۸-۵). سلامت فرد در دوران مدرسه متأثر از عوامل متعدد فردی، بین فردی و محیطی از جمله تعامل با سایر دانش‌آموزان، اولیای مدرسه، شرایط کمی و کیفی مدرسه، قوانین، خدمات بهداشتی و تغذیه‌ای و آموزش دریافتی است که در شکل‌گیری سبک زندگی دانش‌آموز موثر است. مدرسه نهادی است که کارکردی آموزشی-یادگیری دارد؛ از این رو در نظر گرفتن مفهوم سلامت همه ارکان این نهاد از جمله دانش‌آموز، اولیای مدرسه، محیط فیزیکی و اجتماعی مدرسه، بسیار مهم است (۹).

مطالعات نشان می‌دهند که عوامل خطر مرتبط با دانش‌آموزان در مدارس در حال افزایش است که از مهم‌ترین عوامل خطر، اضافه وزن و چاقی و در پی آن گسترش بیماری‌های مزمن می‌باشد (۴). همچنین شاخص‌های سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، بزهکاری، خودکشی و عملکرد ضعیف در مدرسه نشان می‌دهد که تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات فراوانی هستند و رفتارهای پرخطری را تجربه می‌کنند. این عوامل به صورت بالقوه مانع سازندگی و نقش‌آفرینی مثبت آنان در جامعه می‌شود (۳).

رشد روز افزون ضرورت‌هایی که پیشتر به آنها اشاره شد، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشته است تا در چند دهه‌ی اخیر نسبت به توسعه‌ی طرح‌های سلامت مدرسه محور اقدام نماید. مهم‌ترین طرحی که با استقبال جهانی روبرو شده است، برنامه «مدرسه مروج سلامت» (Health Promotion School) است که با هدف ترویج سبک زندگی سالم در میان دانش‌آموزان طراحی شده است (۱۰).

برنامه مدارس مروج سلامت در همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت (به جز افغانستان و لیبی در منطقه مدیترانه شرقی) در حال اجراست (۹ و ۱۱).

برنامه «مدرسه مروج سلامت» یک حرکت جهانی است که منشا و مبدا آن در سال ۱۹۸۶ (۱۲) از برنامه «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» سازمان بهداشت جهانی آغاز شد و در نهایت در دسامبر ۲۰۰۵ میلادی طی نشست مشورتی کارشناسان حوزه‌ی سلامت مدارس و مدیران مربوط از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به عنوان بهترین رویکرد این برنامه معرفی گردید (۴). تعاریف گوناگونی برای مدارس مروج سلامت بسته به نیاز و با توجه به شرایط خاص ارایه شده است و به‌طور کلی مدرسه مروج سلامت مدرسه‌ای است که بتواند به‌طور مداوم ظرفیت خود را برای ارایه شرایط سالم زندگی، آموزش و کار ارتقا بخشد (۱۵-۱۳ و ۱۱). شواهد موجود، اگرچه محدود است، نشان می‌دهد که رویکرد «برنامه مدارس مروج سلامت» می‌تواند یک چارچوب موثر برای اقدامات ارتقای سلامت در مدارس فراهم کند و تأثیر مثبتی بر پیامدهای مربوط به بهداشت و آموزش و پرورش داشته باشد (۱۶). این رویکرد در ایران از سال ۱۳۸۹ با نظارت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی توافق‌نامه‌ای بین دو وزارتخانه بهداشت و آموزش و پرورش، در برنامه‌ای با عنوان طرح «مدارس مروج سلامت» شروع به کار کرد. این برنامه در ایران با ۷۰۰ مدرسه در کل کشور شروع به کار کرد (۴). برای رسیدن به مدرسه‌ای که ارتقادهنده‌ی سلامت است و در این پژوهش مروج سلامت نامیده می‌شوند، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی برای موفقیت برنامه ضروری است (۱۷). برخی از مطالعات، مهم‌ترین چالش‌شناسایی شده را کمبود منابع انسانی و امکانات برای اجرای این برنامه (۱۲)، ضعف و عدم همکاری سازمان‌های مسئول (۱۸)، نبود بودجه کافی (۱۲) و همچنین ضعف در سیستم نگرشی-انگیزشی مدیران، ضعف سازوکارهای ساختاری-اجرایی برنامه و ضعف ماهیت برنامه ذکر کرده‌اند (۹). بدیهی است این برنامه نظیر سایر برنامه‌های توسعه‌ای باید پیوسته ارزیابی گردد و آسیب‌شناسی شود تا کاستی‌ها و نارسایی‌های آن مشخص شود. این مطالعه با هدف ارزیابی اجرای «برنامه مدارس مروج سلامت» در ناحیه یک آموزش و پرورش شهر اهواز انجام شد.

## روش بررسی

این مطالعه به صورت کیفی و در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌گیری از نوع

در خصوص اهداف ابتدایی این پژوهش، یافته‌ها بر اساس چگونگی اجرای هر کدام از اجزای اصلی هشت‌گانه برنامه مدارس مروج سلامت (به تفکیک هر جزء فرعی از اجزای اصلی) در مدارس مزبور بر اساس اظهارات و مصاحبه‌های پاسخ‌گویان گردآوری و تدوین گردید. به منظور تحلیل داده‌های مربوط به هدف پایانی پژوهش، از روش تحلیل چارچوب (Framework Analysis) که یکی از روش‌های تحلیل محتواست، استفاده شد. این روش در تحقیقات حوزه‌ی سیاست‌گذاری کاربرد فراوان داشته و در یکی دو دهه اخیر در عرصه مطالعات کیفی نظام سلامت به وفور مورد استفاده قرار گرفته است. فرایند تحلیل داده‌های کیفی در این روش، شامل مراحل آشناسازی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، کدگذاری، نمودارسازی و در نهایت طرح‌ریزی کردن و تفسیر است. به منظور روایی و استحکام داده‌ها در این پژوهش از چهار معیار اعتبار (Credibility)، اطمینان (Reliability)، تاییدپذیری (Confirm ability) و انتقال‌پذیری (Transferability) استفاده شد. مقبولیت (اعتبار) داده‌ها با مرور صحت عبارات بیان‌شده توسط مشارکت‌کنندگان در دست‌نوشته‌ها و حسن برقراری ارتباط با مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آنها توسط پژوهشگر میسر شد. اطمینان یافته‌ها با پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در اسرع وقت و قراردادن متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده در اختیار برخی از مشارکت‌کنندگان فراهم گردید. جهت تاییدپذیری پژوهش، پژوهشگر متن کامل مصاحبه و کدها و طبقات پدیدار شده از شش مصاحبه را به‌عنوان پایلوت، به استاد راهنما ارائه کرد تا جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آنها اعلام نظر نماید. محقق با ارائه جزئیات بیشتر در مورد شرکت‌کنندگان شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی مثل جنس، سن، سابقه کار و میزان تحصیلات سعی بر افزایش انتقال‌پذیری تحقیق داشته است.

## یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در راستای دستیابی به اهداف اختصاصی پژوهش، در قالب دو مقوله‌ی کلی تحلیل و بررسی گردید:

- وضعیت استقرار و پیشرفت اجزای ۸‌گانه برنامه «مدارس مروج سلامت»
- موانع استقرار و اجرای برنامه «مدارس مروج سلامت»

### ۱- وضعیت استقرار و پیشرفت اجزای ۸‌گانه برنامه «مدارس مروج

سلامت»

هدفمند بود که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد. در این پژوهش، سعی بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد بوده است. مصاحبه‌شوندگان را افرادی که حداقل سابقه‌ی ۵ سال کار در حوزه بهداشت مدارس داشته و یا به صورت مستقیم در جریان اجرای برنامه بوده، علاقمند به موضوع تحقیق و مایل به شرکت در پژوهش بودند، تشکیل دادند. این افراد عبارت بودند از ۲ نفر کارشناسان بهداشت مدارس شاغل در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ۲ نفر از کارشناسان مرکز بهداشت غرب اهواز، ۲ نفر از کارشناسان بهداشت ناحیه یک آموزش و پرورش اهواز، ۵ نفر از مدیران مدارس و ۱۱ نفر از کارشناسان بهداشت مقیم در مدارس مروج سلامت (۲۲ نفر). انتخاب این افراد به‌عنوان جامعه پژوهش، به این دلیل بوده است که آنها به صورت مستقیم در جریان اجرای این برنامه بوده و اطلاعات زیادی در خصوص برنامه مدارس مروج سلامت داشتند. علت انتخاب ناحیه یک آموزش و پرورش اهواز در این پژوهش، آشنایی تیم پژوهش با مدارس زیر پوشش این ناحیه و همچنین پیش‌بینی همکاری بیشتر مصاحبه‌شوندگان بوده است. انجام مصاحبه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. پژوهشگر در ابتدا هدف مطالعه را برای شرکت‌کنندگان توضیح داد و در صورت تمایل آنها به شرکت در پژوهش، به انجام مصاحبه اقدام کرد. افرادی که به هر دلیل تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، حذف و افراد دیگری جایگزین شدند؛ همچنین به ایشان اطلاع و اطمینان داده شد که در صورت تمایل در هر مرحله از مطالعه می‌توانند مصاحبه را ترک نمایند. در کل ۱۸ مصاحبه انجام گرفت. تازمانی که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها دریافت نشد، انجام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر متوقف نشد. مصاحبه‌ها در محل کار مصاحبه‌شوندگان صورت گرفت. مدت زمان هر مصاحبه به‌طور متوسط ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. مشخصات افراد در تمام مراحل پژوهش و گزارش‌ها ذکر نگردید. اظهارات پاسخ‌گویان با کسب اجازه‌ی قبلی از ایشان، ابتدا ضبط و در پایان همان روز توسط پژوهشگر مکتوب گردید و اظهارات پاسخ‌گویانی که محقق اجازه ضبط صدای آنها را نداشت، حین انجام مصاحبه یادداشت‌برداری شد. جهت گردآوری اطلاعات از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند مبتنی بر سوالات باز استفاده شد. چارچوب و ساختار سوالات مورد مصاحبه و ابعاد مختلف مطرح شده در این پژوهش، برگرفته از دستورالعمل اجرایی برنامه «مدارس مروج سلامت» می‌باشد که از طریق دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت تهیه شده است (۱۷).



یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌های انفرادی با مصاحبه‌شوندگان حاکی از آن بود که وضعیت استقرار اجزای ۸ گانه برنامه مدارس مروج سلامت در مجموع، مطلوب و رضایت‌بخش نبوده و به شکل قابل قبولی اجرا نمی‌شود. در ادامه، هرکدام از جنبه‌های این برنامه به تفصیل بیان می‌شود:

**برنامه‌ی جامع آموزش سلامت:** بیشتر پاسخ‌دهندگان اظهار داشتند که در مدارس مورد مطالعه در زمینه آموزش سلامت تا حدودی اقداماتی صورت گرفته است. اما در مجموع، بخش «برنامه جامع آموزش سلامت» را بخش موفق و پیشرفت‌های نمی‌دانستند. کمبود و عدم تخصیص نیروی انسانی کارشناس در علوم بهداشتی و به‌ویژه کارشناس بهداشت مدارس مهمترین عاملی بود که از سوی متولیان مدارس مروج سلامت عنوان می‌شد. نبود امکانات و تسهیلات و منابع مالی لازم، اجرای فعالیت‌هایی نظیر برگزاری مناسبت‌های بهداشتی، برگزاری جلسات آموزشی توجیهی با دانش‌آموزان، معلمان و کارکنان را نیز با بی‌نظمی مواجه نموده است. همچنین نشان «مدارس مروج سلامت» در اکثریت مدارس مشاهده نمی‌شود. اغلب مدارس دارای تابلو با مضامین آموزشی بهداشتی می‌باشند. یک کارشناس مدارس اینگونه بیان کرد: «مانشان مدارس مروج سلامت داریم ولی من نمیدانم کجاست؟» یکی دیگر اینگونه بیان کرد: «من نمی‌دانم مدرسه ما چند ستاره‌ای است؛ نشان مدارس مروج سلامت داریم ولی نصب نکردیم». یکی از مدیران در خصوص نبود نیروی متخصص بیان کرد: «نیروی من کار بلد نیست همش در دفتر نشسته و باید من ازش بخوام چه کاری انجام بده متأسفانه افرادی که در امر آموزش موفق نبودند، به‌عنوان کارشناس بهداشت به کار گرفته می‌شوند».

**ارایه خدمات بالینی در مدرسه:** این بخش از برنامه «مدارس مروج سلامت» به‌زعم مصاحبه‌شوندگان اگر چه نسبتاً بهتر از سایر اجزا بود و دلیل آن هم الزام و اجبار دانش‌آموزان به تلقیح واکسن‌های ضروری قبل از ورود به مدرسه می‌باشد، به‌علت کمبود فضای فیزیکی اختصاصی برای معاینات و همچنین مجهز نبودن اتاق بهداشت در اغلب مدارس به تجهیزات استاندارد، به‌خوبی اجرا نشده است. برنامه‌ی غربالگری بیماری‌ها برای دانش‌آموزان این مدارس عموماً انجام نمی‌شود. یکی از کارشناسان معاونت بهداشت بیان کرد: «همه دانش‌آموزان شناسنامه سلامت دارند و واکسیناسیون آنها انجام شده است. ما در این خصوص مشکلی نداریم و دلیل این، که مدارس هنگام ثبت‌نام به داشتن شناسنامه سلامت سخت‌گیری می‌کنند». یکی از مدیران در خصوص اتاق بهداشت بیان کرد: «مدرسه ما جایی برای اتاق بهداشت نداره». یکی دیگر نیز در این خصوص بیان کرد: «به‌علت کمبود بودجه

توانایی ساخت اتاق بهداشت را نداریم».

**سلامت محیط در مدرسه:** اجرا و استقرار این جزء از برنامه‌ی مدارس مروج سلامت نیز به‌دلیل مشکلات و محدودیت‌های فراوان مدارس مورد نظر، چندان توفیقی نداشته و از دیدگاه پاسخ‌گویان دچار تنگناها و نارسایی‌هایی است. عمده‌ترین معضلات موجود در این رابطه، ساختار فیزیکی فرسوده و قدیمی، کمبود فضا، تعداد کم سرویس‌های بهداشتی، نظافت نامطلوب محیط مدرسه و نبود فضای سبز در تعداد زیادی از مدارس این ناحیه می‌باشد. وسایل اطفای حریق در بیشتر مدارس وجود دارد. اغلب مدارس، از فضای نامناسب کلاس‌ها، روشنایی نامناسب کلاس‌ها و نبود تهویه و همچنین نبود وسایل گرمایشی و سرمایشی به تعداد کافی و مناسب رنج می‌برند. یکی از مدیران در این خصوص بیان می‌کند: «مدرسه ما کمبود فضا داره؛ آزمایشگاه رو امسال من کلاس درسی کردم» همچنین ادامه می‌دهد که «نه اتاق بهداشت نداریم جایی ندارم که اونو به اتاق بهداشت اختصاص بدم».

**بهبود تغذیه در مدرسه:** بیش‌ترین تفاوت در دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان مربوط به بخش «بهبود تغذیه در مدارس» بود. تعدادی از شرکت‌کنندگان وضعیت این بخش را مناسب بیان کردند و عده‌ای دیگر از موضوع تغذیه در مدرسه خود رضایت نداشتند. آنان بیان کردند که نبود نظارت مستمر بر بوفه‌ها، عدم برخورد جدی از سوی آموزش و پرورش در خصوص فروش مواد خوراکی غیرمجاز، عدم نصب دستورالعمل خوراکی مجاز و غیرمجاز در معرض دید دانش‌آموزان، عدم آموزش و فرهنگ‌سازی در خصوص غذای سالم، وضعیت اقتصادی-فرهنگی خانواده‌ها مانع موفقیت این جزء شده است. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد: «در بوفه‌ی ما دستورالعمل خوراکی‌های مجاز و غیرمجاز نصب شده است». بچه‌ها خوراکی‌های ناسالم را مصرف نمی‌کنند و متصدی بوفه ما اجازه فروش مواد غذایی ناسالم را ندارد. همچنین ادامه می‌دهد: «دانش‌آموزان مدرسه ما غذای ناسالم را به خوبی می‌شناسند به محض اینکه دانش‌آموزی غذای ناسالم را در مدرسه مصرف کند به من گزارش می‌دهند». یکی از کارشناسان در این خصوص بیان می‌کند: «خانواده‌ها توانایی مالی خوبی ندارند تا در زمینه غذای سالم هزینه کنند». یکی از مدیران نیز در این خصوص بیان کرد: «آموزش و پرورش برخورد جدی با متصدی بوفه مدرسه ما انجام نمی‌دهد و متصدی بوفه مدرسه همچنان به فروش مواد غذایی ناسالم ادامه می‌دهد».

**تحرك فیزیکی و فعالیت بدنی در مدرسه:** پاسخ‌گویان وضعیت

وجود این، وجود برنامه‌های اجتماعی و تفریحی در مدرسه، برگزاری آموزش در زمینه فرزندپروری برای اولیا در مدارس انجام نمی‌گیرد. در اغلب مدارس، حضور مشاور فقط یک در روز هفته بوده و همین عامل باعث شده است که این بخش از برنامه به‌طور کامل موفقیت‌آمیز نباشد. یکی از مدیران در این خصوص بیان می‌کند: «دانش‌آموزی که افت تحصیلی داشته باشد موضوع را با خانواده او در میان می‌ذاریم و اگر نیاز باشد و مشکلیش جدی باشد مشاور مدرسه هم اونو می‌بینه و ارجاعات لازم هم انجام می‌شه ولی خب مشاور فقط یک روز در مدرسه حضور داره اگر تعداد روزهای حضور مشاور بیشتر بود قطعاً بهتر می‌شه».

#### مشارکت اولیا و جامعه در برنامه‌های ارتقای سلامت در مدرسه و شبکه

**سلامت دانش‌آموزان:** شورای دانش‌آموزی در زمینه مسایل مرتبط با سلامت، فعال است و آموزش توسط همسالان انجام می‌شود. خیران از نظر مالی مدارس را حمایت می‌کنند. ولی در انجمن اولیا و مربیان برنامه‌ها و مسایل سلامت بررسی نمی‌شود. مدرسه برای خانواده‌ها برنامه‌های آموزشی سلامت اجرا نمی‌کند. یکی از کارشناسان بهداشت مدارس در این خصوص بیان می‌کند: «دانش‌آموزان در زنگ تفریح بر تغذیه دیگر دانش‌آموزان نظارت می‌کنند و در صورتی که دانش‌آموزان تغذیه ناسالم می‌خورند از شون می‌گیرند». یکی دیگر از مدیران شرکت‌کننده این گونه اظهار کرد: «بله شورای دانش‌آموزی فعاله؛ بچه‌ها در رابطه با موضوعات بهداشتی، کمبود مایع صابون، وسایل ورزشی و نظافت کلاس‌ها جلسه تشکیل می‌دن و موضوعات رو یادداشت می‌کنند و من بعد از تایید، موارد رو پیگیری می‌کنم و اگر لازم باشه تو جلسات انجمن و اولیا مطرح می‌کنم».

#### ۲- موانع استقرار و اجرای برنامه «مدارس مروج سلامت»

یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌هایی که در خصوص شناسایی چالش‌ها و موانع استقرار و پیشرفت برنامه «مدارس مروج سلامت» با جامعه‌ی پژوهش انجام شد، در قالب طبقات اصلی و طبقات فرعی دسته‌بندی گردید (جدول شماره ۱).

#### جدول ۱: موانع اجرای برنامه «مدارس مروج سلامت» در نامیه یک آموزش و پرورش اهواز

طبقات اصلی	طبقات فرعی
ضعف در تولیت، سیاستگذاری و قوانین	نبود شفافیت و وظایف بین معاونت بهداشت و سازمان آموزش و پرورش
	سهل‌انگاری در ابلاغ دستورالعمل به مدارس
	ضعف در پیگیری اجرای برنامه از سوی آموزش و پرورش
	بی‌ثباتی قوانین مربوط به تابعیت کارشناسان بهداشت مدارس

بخش «تحرك فیزیکی و فعالیت بدنی» را نسبتاً خوب ارزیابی کردند که دلیل این ادعا را وجود معلم ورزش و انجام فعالیت‌های ورزشی در زنگ ورزش، انجام ورزش صبحگاهی و برگزاری مسابقات ورزشی بیان نمودند. با وجود این، یکی از موارد مهم این بخش، برگزاری جلسات آموزشی در خصوص اهمیت و تشویق دانش‌آموزان، معلمان و اولیا به انجام فعالیت فیزیکی و مزایا و معایب ناشی از بی‌تحركی و بیماری‌های ناشی از آن می‌باشد که در مدارس مورد کم‌توجهی قرار گرفته است. یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «زنگ اختصاصی جهت انجام ورزش در نظر گرفته شده است و ورزش صبحگاهی را دانش‌آموزان انجام می‌دهند». یکی از مدیران بیان کرد: «مسابقات ورزشی مثل شطرنج و دو ... برای شرکت دانش‌آموزان برگزار می‌شود».

#### ارتقای سلامت کارکنان مدرسه: وضعیت بخش «ارتقای سلامت کارکنان

مدرسه» از بقیه بخش‌ها به مراتب بدتر از سایر اجزا ارزیابی شد. هیچکدام از فعالیت‌های مربوط به این بخش در مدارس انجام نمی‌گیرد. نبود شناسنامه سلامت برای هریک از معلمان و کارکنان، عدم انجام غربالگری سالیانه و ارجاع موارد نیاز به ارجاع، عدم اهتمام به ایجاد تسهیلات اجتماعی، تفریحی و ورزشی برای معلمان مدرسه، ناهماهنگی جهت شرکت معلمان در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت سبب شده است که این جزء، هنوز در مدارس ناحیه یک اهواز استقرار نیافته است. یکی از شرکت‌کنندگان در این خصوص بیان می‌کند: «کی می‌خواد به فکر سلامت ما باشه آزمایش‌های روتین انجام نمی‌گیرد».

#### خدمات سلامت روان و مشاوره‌ای در مدرسه: عده‌ی بسیاری از

شرکت‌کنندگان وضعیت بخش «خدمات سلامت روان و مشاوره‌ای در مدرسه» را تا حدودی مناسب می‌دانستند. نبود تنبیه جسمی دانش‌آموزان و شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی و شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال روانی و ارجاع آنان در صورت نیاز تا حدودی انجام می‌گیرد. با



بی‌انگیزگی مدیران مدارس برای اجرای برنامه به دلیل فقدان امتیاز ویژه برای مدارس ستاره‌دار

تشویق نشدن مدیران و کارشناسان فعال

لحاظ نکردن امتیاز مدرسه در ارزشیابی عملکرد مدیران و کارشناسان

نارضایتی کارشناسان بهداشت در مدارس

کم‌اطلاعی و کم‌تجربگی کارکنان متولی اجرا

نگرش سطحی و غیراصولی نسبت به اجرای واقعی مفاد برنامه

نداشتن ثبات شغلی کارشناسان به دلیل کمبود نیروی انسانی

ضعف آگاهی کارشناسان بهداشت نسبت به دستورالعمل

کمبود یا ناآگاهی مدیران مدارس نسبت به دستورالعمل برنامه مدارس مروج سلامت

اولویت ندادن مدیران مدارس به برنامه «مدرسه مروج سلامت» در مقایسه با سایر برنامه‌ها

اولویت نداشتن اجرای برنامه از سوی آموزش و پرورش

مشارکت نداشتن والدین در برنامه‌های سلامت محور

ضعف در تعاملات پژوهشی بین حوزه‌های اجرایی مربوط و دانشگاه

مهارت ناکافی کارکنان در استفاده از تجهیزات ایمنی نظیر وسایل اطفاء حریق

مهارت ناکافی کارکنان در استفاده از وسایل کمک‌های اولیه

تخصیص ناکافی بودجه مصوب برنامه به مدارس

هزینه‌کرد بودجه تخصیصی در برنامه‌های دیگر

کمبود فضای فیزیکی اختصاصی برای واحد بهداشت مدارس

نبود فضای سبز کافی در حیاط مدارس

کمبود کارشناس بهداشت مدارس

اشتغال کارشناسان بهداشت در بیش از یک مدرسه

نامرتب بودن رشته تحصیلی کارشناسان بهداشت مدارس

حضور نداشتن مشاوران در تمامی روزهای هفته

تجهیزات ناکافی و محدود واحد بهداشت مدارس برای غربالگری بیماری‌ها

ساختار فیزیکی قدیمی و فرسوده مدارس

حجم زیاد وظایف محول‌شده به کارشناس بهداشت

بوروکراسی زاید اداری در اجرا و ارزشیابی برنامه

کم‌توجهی به نصب دستورالعمل غذای سالم و ناسالم در بوفه مدرسه

برگزار نشدن جلسات آموزشی در زمینه بهداشت با اولیای دانش‌آموزان

نبود همکاری بین بخشی در سطح سازمان‌های متولی

مغفول ماندن سلامت کارکنان به‌عنوان یکی از اجزای برنامه

ضعف در ارجاعات دانش‌آموزان بیمار (تغذیه‌ای و ...) به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار

اجرای کلیشه‌ای برنامه‌ها و نبود نوآوری در موضوعات آموزشی

انجام ضعیف فرایند غربالگری دانش‌آموزان از نظر بیماری‌ها

ضعف انگیزشی، نگرشی و آگاهی مدیران و کارشناسان

ضعف در منابع و زیرساخت‌ها

(مالی، انسانی، فیزیکی و ...)

ضعف در اجرای برنامه

نظام ارزشیابی نامناسب

طولانی بودن سوالات چکلیست ممیزی  
ابهام در برخی سوالات چکلیست ممیزی  
بازنگری نکردن دستورالعمل پس از ۱۰ سال  
ممیزی داخلی شتاب زده و ضعیف  
سهل انگاری در نظارت بر ممیزی داخلی از سوی ناظران معاونت بهداشت دانشگاه  
تکمیل غیر واقعی چک لیست به دلیل امتیازآور بودن آن  
ضعف در پیگیری و نظارت دقیق و مستمر تا رفع نواقص و نارسایی های مدرسه  
تکمیل فرم ممیزی داخلی توسط مدیر یا معلم به دلیل کمبود نیروی تخصصی  
مستندسازی صرف

همان گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است، مشارکت کنندگان در خصوص ضعف در تولید، سیاستگذاری و قوانین به موضوعات مختلفی اشاره کرده اند. عدم شفافیت وظایف بین معاونت بهداشت و سازمان آموزش و پرورش، مشخص نبودن الزامی یا اختیاری بودن مروج سلامت شدن و... یکی از کارشناسان معاونت بهداشت این گونه اظهار کرد: «آموزش و پرورش دستورالعمل مدارس مروج سلامت را به مدارس ابلاغ نمی کند». یکی از مدیران نیز در این خصوص بیان کرد: «این دستورالعمل را من ندیدم، دستورالعمل به ما ابلاغ نشده است». یکی از مدیران مدارس در خصوص عدم پیگیری اجرای برنامه بیان کرد: «برخورد جدی از سوی آموزش و پرورش در خصوص فروش مواد غذایی ناسالم انجام نمی گیرد». همچنین کارشناس معاونت بهداشت در خصوص پیگیری اجرای برنامه این گونه اظهار کرد: «کارشناسان آموزش و پرورش هنگام بازدید و انجام ممیزی خارجی با کارشناسان ما همراه نمی شوند. مدارس زیر نظر سازمان آموزش و پرورش است». اگر آنها با ما همراه شوند اثرگذاری این بازبازدیدها و ممیزی ها و تلاش برای رفع ایرادهایی که از مدارس گرفته می شود، توسط مدیران و کارشناسان مدارس بیشتر خواهد شد. مصاحبه شوندگان در طی مصاحبه ها در خصوص ضعف انگیزشی، نگرشی و آگاهی مدیران و کارشناسان به مواردی اشاره کردند از قبیل: بی انگیزگی مدیران مدارس برای اجرای برنامه، تشویق نشدن مدیران و کارشناسان فعال و ... در رابطه با این مقوله، نبود سیستم انگیزشی باعث می شود که مجریان برنامه نسبت به اجرای این برنامه بی تفاوت شوند. یکی از شرکت کنندگان بیان کرد: «هیچ فرقی بین به مدرسه مروج سلامت پنج ستاره و بقیه مدرسه های مجری این برنامه وجود ندارد. هیچ اقدامی برای ایجاد انگیزه برای مدیران و کارشناسان بهداشت مدارس مجری این برنامه صورت نگرفته». یکی از کارشناسان معاونت بهداشت هم در همین خصوص این گونه اظهار کرد: «شرکت نکردن اکثر مدیران و کارشناسان بهداشت

مدارس در جلسات آموزشی که توسط مراکز بهداشت شهرستان تشکیل می شه به این دلیل که آموزش و پرورش تمهیداتی برای تشویق اون ها به شرکت در جلسات انجام نمی ده». شرکت کنندگان معتقد بودند که هر یک از سازمان های مجری و متولی برنامه در صورتی که به تعهدات خود عمل نکنند، عدم اجرای هر کدام از تعهدات باعث ایجاد اختلال در اجرای برنامه می شود. همچنین سردرگمی در مورد این برنامه توسط مدیران و کارشناسان بهداشت مدارس بیان شده است. یکی از کارشناسان بهداشت مدارس بیان کرد: «من نمی دونم مدرسه ما مروج سلامت هست یا نه، اجازه بدید از مدیر پرسیم. اصلا مدرسه مروج سلامت یعنی چی؟ شامل چه آیتم هایی است؟» یکی دیگر از شرکت کنندگان در پایان مصاحبه بیان کرد: «چه برنامه خوبیه ولی ما درک کامل از این برنامه رادریافت نکردیم. من اولین بار است این دستورالعمل را می بینم، دستورالعمل به ما ابلاغ نشده است. به منم بدید داشته باشم. که از این به بعد به آیتم های این برنامه توجه کنم». براساس تجارب کارشناسان بهداشت مدارس، بی تفاوت بودن مدیران مدرسه در مورد اهمیت اجرای برنامه و ناآگاهی و اولویت ندادن به این برنامه یکی دیگر از ضعف های این برنامه می باشد. یکی از مدیران بیان کرد: «برای دانش آموزان مدرسه من، دستیابی به اهداف آموزشی اولویت دارد». یکی دیگر از مدیران می گوید: «آموزش و پرورش برگزاری همه مناسبت ها را به جز مناسبت های مربوط به سلامت و بهداشت، به صورت فیلم و عکس از من می خواهد. با اولیا و دانش آموزان در رابطه با مسابقات هنری صحبت می شه ولی در رابطه با سلامت و بهداشت صحبتی صورت نمی گیره یکی از دلایل آن عدم آگاهی در خصوص اهمیت این برنامه است». در رابطه با منابع و زیرساخت ها، شرکت کنندگان به مشکلاتی از قبیل تخصیص ناکافی بودجه مصوب برنامه به مدارس، هزینه کرد بودجه تخصیصی در برنامه های دیگر، کمبود فضای فیزیکی اختصاصی برای واحد بهداشت مدارس و ... اشاره داشتند. برخی شرکت کنندگان بیان کردند که زیرساخت ها و

امکانات موجود مانع اجرای کامل این برنامه شده است. یکی از شرکت کنندگان این گونه اظهار کرد: «بستر لازم برای اجرای کامل این برنامه وجود ندارد به طور مثال: دستورالعمل مدرسه مروج سلامت به وجود اتاق بهداشت مجزا اشاره کرده که متأسفانه ما آن را نداریم و با توجه به ساختار فیزیکی و کمبود بودجه امکان ساخت آن در آینده وجود ندارد». شرکت کننده‌ی دیگر در این خصوص بیان می‌کند: «فضای سبز در حیاط مدرسه نداریم، حیات مدرسه ما کوچک است و امکان طراحی این فضا برای ما مقدور نیست». براساس نظرات شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها، اجرای این برنامه هزینه‌بر است و بودجه‌ی کافی توسط هیچکدام از دو وزارتخانه تخصیص داده نشده است. یکی از شرکت کنندگان می‌گفت: «کمبود امکانات مانع اجرای این برنامه می‌شود و ما نمی‌توانیم هزینه‌های خود را با بودجه فعلی تامین کنیم».

در مورد نیروی انسانی نیز اعتقاد بر این است که نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه به اندازه‌ی کافی و با تخصص و مهارت مربوط وجود ندارد. نبود نیروی کافی و با تخصص باعث اشکال در اجرای برنامه می‌شود. یکی از شرکت کنندگان بیان کرد: «کارشناس بهداشت فقط دو روز در هفته در مدرسه حضور دارد. حضور کم مربی در مدارس عملاً باعث میشه مربی نتونه کلیه آیت‌هایی که در برنامه ازش خواسته شده را انجام بده، مشاور فقط یه روز در هفته مدرسه حضور داره، این طبیعیه که آیتم مربوط به مشاوره به خوبی و کامل اجرا نشده». یکی دیگر از شرکت کنندگان این گونه اظهار کرد: «مربی بهداشت تخصص کافی نداره به طور مثال مربی پرورشی به‌عنوان کارشناس بهداشت به خدمت گرفته می‌شه». یکی دیگر از شرکت کنندگان در این خصوص بیان کرد که معلمانی که در زمینه آموزشی فعال و موفق نبودند به‌عنوان کارشناس بهداشت مدارس در حال فعالیت هستند.

تعویض مداوم نیروها در این زمینه از دیگر نقاط ضعفی است که توسط شرکت کنندگان بیان شد. یکی از شرکت کنندگان بیان کرد: «تائیرو، دوره آموزشی رو می‌گذرونه و مطالبی رایاد می‌گیره سال بعد نیرو عوض می‌شه. نیروی جدید آگاهی‌های لازم را نداره و تعویض مدام نیرو، مانع اجرای کامل و درست برنامه می‌شه».

در خصوص عامل «ضعف در اجرا» به موضوعاتی نظیر حجم زیاد وظایف محول شده به کارشناس بهداشت، بوروکراسی زاید اداری در اجرا و ارزشیابی برنامه، کم توجهی به نصب دستورالعمل غذای سالم و ناسالم در بوفه مدرسه و ... می‌توان اشاره کرد. این برنامه نیاز به همکاری و هماهنگی تنگاتنگ بین دو وزارتخانه آموزش و پرورش و بهداشت و طبیعتاً سازمان‌های تابع و متناظر آنها در سطوح استانی و شهرستانی و حتی روستایی دارد. اگر این هماهنگی‌ها به

درستی انجام نگیرد، اجرای این برنامه با شکست روبه‌رو خواهد شد. یکی از کارشناسان معاونت بهداشت این گونه اظهار کرد: «کارشناس بهداشت آموزش و پرورش موقع بازدید از مدارس با کارشناس بهداشت غرب همراه نمی‌شه. اگر عدم انطباق‌ها و ایرادهای مدرسه توسط کارشناس آموزش و پرورش به مدیر و کارشناس بهداشت گفته بشه شاید تاثیر آن بیشتر باشه و این عدم انطباق هارفع بشه، چون مدارس زیر نظر آموزش و پرورش هستند». در هیچ مدرسه‌ای به سلامت کارکنان و معلمان توجه نمی‌شود؛ یکی از معلمان در هنگام مصاحبه با مدیر بیان کرد: «کی بخواد به فکر سلامت ما باشه؟ آزمایش‌های روتین در مدارس برای کارکنان انجام نمی‌دن».

در مورد مولفه‌ی «نظام ارزشیابی نامناسب» به موضوعاتی نظیر طولانی بودن سوالات چک‌لیست ممیزی، عدم بازنگری دستورالعمل پس از ۱۰ سال، ممیزی داخلی شتاب‌زده و ضعیف و ... می‌توان اشاره کرد. هر برنامه‌ای برای رسیدن به موفقیت نیاز به ارزیابی دقیق و مناسب دارد. دستورالعمل برنامه مدارس مروج سلامت چند سالی است که بازنگری نشده است. یک کارشناس بهداشت این گونه اظهار کرد: «ممیزی داخلی اصلاً انجام نمی‌شه. آموزش و پرورش انجام ممیزی داخلی رو از ما نمی‌خواد».

## بحث

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حکایت از آن دارد که اجرا و استقرار برنامه «مدارس مروج سلامت» در مدارس ناحیه یک اهواز به دلیل موانع و نارسایی‌های متعددی به صورت مطلوب و قابل قبولی انجام نشده است. شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها، در مجموع، بخش «برنامه جامع آموزش سلامت» را بخش موفق و پیشرفت‌های نمی‌دانستند. یکی از دلایل موفق نبودن این بخش، نبود امکانات و نبود کارشناس برای انجام فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه می‌باشد. مطالعه‌ی عظیمی که به بررسی و تبیین موانع موجود در لایه‌های برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس پرداخته است با این یافته هم‌خوانی دارد و نبود فرد متخصص و نبود امکانات کافی را مانعی برای اجرای آموزش در مدارس می‌داند (۱۹). مطالعه‌ی حاضر، اجرای مفاد برنامه فوق را در بعد ارایه خدمات بالینی نسبتاً موفق ارزیابی کرده که دلیل عمده‌ی آن احتمالاً الزام و اجبار دانش‌آموزان به تلقیح واکسن‌های ضروری قبل از ورود به مدرسه است. همچنین این پژوهش نشان داد که در امر سلامت معلمان، کارکنان و اولیای دانش‌آموزان که یکی از اهداف مهم برنامه مدارس مروج سلامت می‌باشد، هیچ‌گونه اقدامی صورت نگرفته است.



مطالعه‌ی Jourdan و همکاران نشان دادند که آموزش و تقویت آگاهی معلمان در امر بهداشت و سلامت باعث می‌شود آنان مشارکت بیشتری در برنامه‌های ارتقای سلامت داشته باشند (۲۰). نتایج مطالعه‌ای که توسط Moynihan و همکاران در سطح مدارس ایرلند انجام شد و نشان داد که اجزای «مدارس مروج سلامت» به‌صورت منسجم و کامل در آن کشور اجرا نشده است که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۲۱).

در رابطه با «سلامت محیط مدرسه» که از جنبه‌های مهم برنامه مدارس مروج سلامت است، یافته‌های پژوهش مبین این است که اجرای این مهم به‌دلیل مشکلات و محدودیت‌های فراوان مدارس موردنظر، چندان توفیقی نداشته و مغفول واقع شده و از دیدگاه پاسخ‌گویان دچار تنگناها و نارسایی‌های جدی است. Buijs در مطالعه خود، محیط فیزیکی مدرسه را بعد اساسی رویکرد «مدارس مروج سلامت» میدانند (۲۲). Moynihan و همکاران نیز در مطالعه خود محیط فیزیکی مدرسه را مولفه اساسی برنامه «مدارس مروج سلامت» معرفی می‌کنند (۲۱).

بیشترین تفاوت در دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان مربوط به بخش «بهبود تغذیه در مدارس» بود. تعدادی از شرکت‌کنندگان پیشرفت این بخش را مناسب بیان کردند و عده‌ای دیگر از موضوع تغذیه در مدرسه خود رضایت نداشتند. Moynihan و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، نشان دادند که مدارس مروج سلامت در بخش تغذیه سالم برنامه «مدارس مروج سلامت» موفق بوده‌اند (۲۱). ارتقای بهداشت روانی می‌تواند نقش مهمی در مهارت‌های انطباقی دانش‌آموزان داشته باشد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اغلب شرکت‌کنندگان وضعیت این بخش از برنامه را تا حدودی مناسب بیان کردند. رضانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که اجرای برنامه «مدارس مروج سلامت» باعث بهبود شاخص‌های سلامت روان دانش‌آموزان می‌شود (۴). کوچکی و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که طرح «مدارس مروج سلامت» در بخش خدمات روان و مشاوره‌های موفق نبوده است (۵) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی ندارد. به نظر می‌رسد از آنجا که تقریباً در تمامی مدارس مروج سلامت در ناحیه یک اهواز، وجود مشاور مقیم یا پاره‌وقت، ضروری بوده و از الزامات اساسی مدارس است، این جنبه از برنامه مدارس مروج سلامت از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، مناسب و مطلوب ارزیابی شده است. شاید یکی از دلایل اجرای نسبتاً قابل قبول این جنبه از برنامه را بتوان به‌وجود متولی مشخص

که همان مشاور مدرسه است، مرتبط دانست.

«مشارکت اولیا و جامعه در برنامه‌های ارتقای سلامت در مدرسه و شبکه داوطلبان» یک اصل اساسی برنامه مدارس مروج سلامت می‌باشد و اهمیت مشارکت والدین به‌صورت گسترده مورد حمایت قرار می‌گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در انجمن اولیا و مربیان برنامه‌ها و مسایل سلامت بررسی نمی‌شود. همچنین در مدارس مروج سلامت جهت اولیا، برنامه‌های آموزشی در خصوص موضوعات مرتبط با سلامت اجرا نمی‌شود. Moynihan و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که تنها در ۴۲ درصد از مدارس مروج سلامت، والدین در فعالیت‌های مرتبط با سلامتی نقش داشتند (۲۱). مطالعه‌ی Inchley و همکاران نشان داد که عدم مشارکت جدی دانش‌آموزان و والدین می‌تواند طرح برنامه مروج سلامت را با شکست روبه‌رو کند (۱۶).

بر اساس یافته‌های این مطالعه برخی از عوامل اصلی که مانع اجرای برنامه مدارس مروج سلامت شده است شامل: نبود هماهنگی و همکاری درون‌بخشی و بین‌بخشی، زیرساخت‌های ناکافی، منابع انسانی اندک و غیرتخصصی، آگاهی و توجه ناکافی مدیران و کارشناسان مدارس، نبود انگیزه‌ی کافی در مدیران و کارشناسان بهداشت و عدم نظارت مستمر بر اجرای برنامه می‌باشد.

یکی از عوامل کلیدی که نقش بسزایی در اجرای ضعیف برنامه‌ی فوق دارد و دیدگاه غالب افراد شرکت‌کننده در این مطالعه نیز بوده است، موضوع هماهنگی و همکاری ضعیف بین دو وزارتخانه بهداشت و آموزش و پرورش است که در واقع مسئولان و مجریان اصلی برنامه هستند. مطالعه‌ی فتحی و همکاران نیز نشان داده است که منابع انسانی، زیرساخت‌ها و همکاری و هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی از چالش‌های اصلی برنامه بودند (۱۲). تحقق برنامه‌ی «مدارس مروج سلامت»، نیاز به مشارکت فعال و دوجانبه بین دو حوزه بهداشت و آموزش و پرورش با هدف پرهیز از موازی‌کاری و ایجاد یکپارچه‌سازی است. Barnekow Rasmussen در مطالعه‌ی خود بر ضرورت تقویت همکاری بین بخش‌های آموزش و بهداشت به‌عنوان اصلی‌ترین چالش این برنامه تأکید کرده است (۲۳). نتایج مطالعه Inchley و همکاران نیز نشان داد که همکاری نهادهای مسئول، عامل مهمی در توسعه‌ی برنامه مدارس مروج سلامت می‌باشد (۱۶). همچنین نتایج Bruce و همکاران نشان داد که همکاری و هماهنگی میان وزارت بهداشت و آموزش و پرورش لازم است (۲۴). نتایج مطالعه‌ی Gugglberger نیز نشان داد که مشارکت و هماهنگی، یکی از ارکان

حمایتی از «برنامه مدارس مروج سلامت» است (۲۵). مشارکت و همکاری و ویژگی مهم اجرای برنامه مدارس مروج سلامت است (۲۶). به نظر می‌رسد که اجرای چنین برنامه‌هایی که مستلزم همکاری نزدیک دو سازمان است، نیازمند ایجاد هماهنگی بسیار زیادی بوده و به‌ویژه در تخصیص و ابلاغ بودجه‌ها و منابع مصوب، نظارت شدیدی را طلب می‌کند؛ در غیر این صورت اثربخشی برنامه، در لابلای بوروکراسی اداری و سازمانی بسیار کاهش می‌یابد.

تخصیص نیافتن بودجه و کمبود منابع و نبود بستر قوی برای اجرای برنامه، از دیگر مشکلاتی بوده که توسط مصاحبه‌شوندگان به عنوان چالش‌های مهم مطرح شدند. Inchley و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود این موارد را ذکر کرده و اظهار داشتند که بودجه کافی عامل مهمی در اجرای برنامه مدارس مروج سلامت می‌باشد (۱۶). Xin Wei و همکاران نیز بیان کردند که یکی از مدارس مجری برنامه مدارس مروج سلامت به دلیل اینکه در محله‌ی فقیرنشین قرار گرفته بوده و منابع مالی چندانی در اختیار نداشت، از اجرای چنین برنامه‌ای کناره‌گرفت (۲۷). نتایج Bruce و همکاران همچنین نشان‌دهنده‌ی نیاز به بودجه کافی برای حمایت برنامه مدارس مروج سلامت می‌باشد (۲۴). در همین ارتباط مطالعه‌ی Jessiman و همکاران نشان داد که محدودیت‌های مالی یکی از موانع ارتقای سلامت در مدارس بوده است (۶). در مطالعه‌ی Barnekow Rasmussen نبود بودجه کافی به عنوان ضعف اصلی توسط شبکه برنامه مدارس مروج سلامت اروپا نیز نشان داده بود (۲۳). مطالعه‌ی Liu و همکاران نشان داد که تخصیص بودجه و منابع مالی بر اجرا، کارایی و اثربخشی برنامه تاثیرگذار است (۲۶). Gugglberger در مطالعه‌ی خود بر حمایت مالی از این برنامه تاکید داشته است (۲۵). مطالعه‌ی Moynihan و همکاران نیز نشان‌دهنده‌ی اهمیت بودجه‌ی مشخص برای اجرا و توسعه برنامه «مدارس مروج سلامت» می‌باشد (۲۱). در مجموع در خصوص موضوع منابع مالی باید اذعان کرد که در سیستم دولتی کنونی کشور، شرط لازم برای اجرای موفق برنامه «مدارس مروج سلامت» این است که اولاً منابع مالی مشخص در قالب ردیف اعتباری و بودجه‌های سنواتی از سوی سازمان برنامه و بودجه تخصیص داده شود، دیگر اینکه بودجه‌ی تخصیصی تنها برای هزینه‌کردن در قالب برنامه «مدارس مروج سلامت» مصرف شود و سوم اینکه سطوح محیطی نظیر ادارات استانی و شهرستان‌ها دقیقاً مقدار بودجه تخصیصی را در راستای فعالیت‌های مرتبط با اجزای ۸ گانه این برنامه صرف کنند.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان‌دهنده‌ی ضعف در منابع انسانی هم از نظر

کیفی و هم از نظر کمی به عنوان یکی از مهمترین چالش‌های این برنامه می‌باشد. مطالعه‌ی فتیحی و همکاران که نشان داد نبود نیروی انسانی کافی، باتجربه و با انگیزه یکی از چالش‌های اصلی این برنامه است، با نتایج مطالعه‌ی حاضر در این خصوص همخوانی دارد (۱۱). مطالعه‌ی Mclsaac و همکاران همچنین نشان داد که مدارس باید نیروی انسانی کافی و باتخصص داشته باشند تا بتوانند به درستی فعالیت‌های هر یک از اجزای برنامه را اجرا و پیگیری نمایند (۲۸). به نظر می‌رسد که کمبود و بعضاً فقدان نیروی انسانی کافی و متخصص، یکی از موانع اساسی و موثر در اجرای موفق این برنامه شده است.

یکی از موانع اجرای برنامه «مدارس مروج سلامت» طبق یافته‌های این مطالعه ضعف آگاهی و توجه مدیران و کارشناسان بهداشت مدارس بوده است. یافته‌های مطالعه‌ی Mclsaac و همکاران همچنین نشان داد که آموزش کارکنان باید یک سیاست مهم در خصوص اجرای این برنامه باشد و کارکنان باید درک کافی در مورد اجرا و عملی کردن این برنامه به دست آورند (۲۸). Langford و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش مداوم مجریان برای موفقیت برنامه مهم است (۲۹). Liu و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که برگزاری کارگاه‌های آموزشی بر اجرای این برنامه و افزایش کارایی و اثربخشی آن تاثیرگذار است (۲۶). مطالعه‌ی دیگری که توسط Gugglberger انجام شد نیز نشان داد که با آموزش کافی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌توان از این برنامه حمایت کرد (۲۵). Moynihan و همکاران در مطالعه‌ی خود، نیز بر افزایش آگاهی برای اجرای «برنامه مدارس مروج سلامت» تاکید می‌کنند (۲۱). همه مطالعات فوق با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مجموع باید اذعان کرد که آگاهی دادن و توجه موثر نیروی‌های انسانی درگیر برنامه به همراه انگیزش کافی ایشان، امری حیاتی برای اجرای موفقیت آمیز طرح «مدارس مروج سلامت» می‌باشد.

همان‌طور که در اظهارات مصاحبه‌شوندگان مشخص بود، نبود انگیزه و همچنین فقدان پاداش مناسب برای کارکنان فعال، از دیگر اشکالات این برنامه می‌باشد. Liu و همکاران طبق یافته‌های خود بیان کردند که انگیزه و پاداش می‌تواند بر اجرای برنامه و کارایی و اثربخشی آن تاثیرگذار باشد (۲۶). از طرفی یافته‌های Gugglberger حاکی از این است که صدور گواهی «مدارس مروج سلامت» و اعطای پاداش و قدردانی از نیروهای درگیر برنامه الزامی است (۲۵). به نظر می‌رسد که ایجاد انگیزه‌ی کافی به صورت پاداش‌های مادی و غیرمادی

دوم اینکه افزایش سطح آگاهی مدیران و کارشناسان مدارس مروج سلامت و توجیه آنان در مورد این برنامه باید انجام گرفته، سوم اینکه نیاز به ارتقای سطح آگاهی مدیران و کارشناسان بهداشت مدارس و توجیه کامل آنان در مورد برنامه و افزایش انگیزه برای انجام فعالیت‌های این برنامه وجود دارد. چهارم اینکه افزایش هماهنگی و مشارکت حوزه‌های آموزش و پرورش و بهداشت به عنوان مهمترین ضرورت این برنامه جنبه‌ی حیاتی دارد؛ زیرا آنها مجریان اصلی این برنامه هستند. تخصیص بودجه برای اجرای فعالیت‌های این برنامه و نظارت مستمر بر اجرای برنامه می‌تواند به موفقیت این برنامه کمک کند. بدیهی است عمده‌ترین چالش در برنامه مدارس مروج سلامت چالش اجرایی است که استقرار این برنامه متعالی و مفید را تقریباً غیراثربخش نموده است. لازم است متولیان وزارتخانه‌های بهداشت و آموزش و پرورش و حوزه‌های استانی و شهرستانی متناظر آنها، ضمن تعامل جدی و متعهدانه با هم، زمینه‌ی اجرا و استقرار این برنامه‌ی ارزشمند را فراهم آورند. بازنگری در ساختار و تشکیلات اجرایی این برنامه نیز می‌تواند راهگشا باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی به شماره مصوب U-97219 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۸ می‌باشد. بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری و مشارکت مدیران و کارشناسان مربوط در ناحیه یک آموزش و پرورش اهواز و مرکز بهداشت غرب اعلام می‌نماید.

## References

1. Simovska V, Lindegaard Nordin L & Dahl Madsen K. Health promotion in Danish schools: Local priorities, policies and practices. *Health Promotion International* 2016; 31(2): 480-9.
2. Khodabandeh M, Maleki Avarasin S & Nikniaz L. The relationship between health literacy, perceived self-efficacy and self-care performance of female senior high school students in health promoting schools of Miyaneh, 2016-2017. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(3): 164-76 [Article in Persian].
3. Bahadori Khosroshahi J, Habibi Kaleybar R & Farid A. The effect of education on health-promoting with academic stress, life skills and risky behaviors among students. *Educational Strategies in Medical Sciences* 2017; 10(1): 64-73 [Article in Persian].
4. Ramezani H, Nikbakht HA, Nasrollahpour Shirvani SD, Ahoei KH & Mohsenian H. Effect of health promoting school program in schools of the city of Babol: 2013. *Journal of Health* 2016; 6(5): 547-56 [Article in Persian].
5. Kochaki GhM, Kochaki AM, Charkazi AR, Bayani AA, Esmaeili AL & Shahnazi H. Investigating the effect of implementing the school based health promotion program on students' mental health. *Knowledge and Health* 2011; 5(4): 14-9 [Article in Persian].

در سطح کارکنان مجری مدارس مروج سلامت برای انجام وظایف، یکی دیگر از عوامل مهم اجرا و استقرار برنامه باشد.

از محدودیت‌های پژوهش نیز می‌توان به ندادن مجوز برای انجام پژوهش (به پژوهشگر خانم) در مدارس پسرانه از سوی آموزش و پرورش، ممنوعیت ضبط صدای مصاحبه‌شوندگان از سوی آموزش و پرورش کل و حذف کارشناسان بهداشت اداره کل آموزش و پرورش استان خوزستان از لیست مصاحبه‌شوندگان به دلیل ندادن اجازه‌ی مصاحبه از سوی سازمان متبوع ایشان اشاره نمود.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش حاکی از این است که اجزای ۸ گانه‌ی برنامه «مدارس مروج سلامت» در مدارس ناحیه یک اهواز به شکلی یکنواخت و موفقیت‌آمیز اجرا نشده است. به دلیل عدم هماهنگی و همکاری کافی بین وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش، عدم حضور کارشناس بهداشت و مشاور به طور مستمر در طول ایام هفته، نبود نیروهایی با تخصص مرتبط در مدارس و آموزش و پرورش (کارشناس بهداشت)، عدم تخصیص بودجه، عدم آگاهی و توجیه کافی نیروهای درگیر برنامه (مدیران و کارشناسان بهداشت مقیم در مدارس) و نبود انگیزه‌ی کافی برای اجرای برنامه، «مدارس مروج سلامت» هنوز جایگاه خود را در سطح آموزش و پرورش ناحیه یک اهواز و در مجموع در کل کشور پیدا نکرده است. به نظر می‌رسد که برای برون‌رفت از این چالش‌ها، اولاً نیاز به حضور مستمر کارشناسان بهداشت مدارس و مشاوران در طول ایام هفته و به کارگیری کارشناسان بهداشت با تخصص مرتبط احساس می‌شود.

6. Jessiman PE, Campbel R, Jago R, Van Sluijs E & Newbury Birch D. A qualitative study of health promotion in academy schools in England. *BMC Public Health* 2019; 19(1189): 1-13.
7. McIsaac JL, Penney TL, Ata N, Sigfridson LM, Cunningham J, Veugelers PJ, et al. Evaluation of a health promoting schools program in a school board in Nova Scotia, Canada. *Preventive Medicine Reports* 2017; 5(1): 279-84.
8. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulidou T, Murphy S, Waters E, et al. The world health organization's health promoting schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis: Beki Langford. *European Journal of Public Health* 2015; 24(2): 146.
9. Zarei F, Ghahremani L, Khazaei Pool M & Keshavarz Mohammadi N. Exploring the strengths, challenges and improvement strategy for Health-Promoting schools from school health experts: A qualitative study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2017; 5(3): 240-50[Article in Persian].
10. Tolabifard S, Nasiripoor AA & Raesi P. The impact of health promoting schools approach on the health indicators of the students in boy primary schools of 17th district of Tehran. *Journal of Healthcare Management* 2016; 6(4): 61-7[Article in Persian].
11. Fathi B, Allahverdipour H, Shaghghi A, Kousha A & Jannati A. Challenges in developing health promoting schools' project: Application of global traits in local realm. *Health Promotion Perspectives* 2014; 4(1): 9-17.
12. Chen FL & Lee A. Health-promoting educational settings in Taiwan: Development and evaluation of the health-promoting school accreditation system. *Global Health Promotion* 2016; 23(1): 18-25.
13. Brown KM, Elliott SJ, Robertson Wilson J, Vine MM & Leatherdale ST. Can knowledge exchange support the implementation of a health-promoting schools approach? Perceived outcomes of knowledge exchange in the COMPASS study. *BMC Public Health* 2018; 18(351): 1-14.
14. Yusof ZYM & Jaafar N. Health promoting schools and children's oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013; 11(205): 1-9.
15. World Health Organization (WHO). Health-promoting schools: A healthy setting for living, learning, and working. Available at: [https://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/92.pdf](https://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf). 1998.
16. Inchley J, Muldoon J & Currie C. Becoming a health promoting school: Evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International* 2006; 22(1): 65-71.
17. Health & Medical Education Ministry. Executive instruction health promoting schools. Available at: <https://vch.iuums.ac.ir/uploads/Guideline-1389.pdf>. 2019.
18. Zareipour M, Sadaghianifar A, Valizadeh R, Alinejad M, Noorani S & Ghelichi Ghoghogh M. The effect of health promoting schools programs in improving the health status of schools in Urmia, North West of Iran. *International Journal of Pediatrics* 2017; 5(2): 4319-27.
19. Azimi M. Explaining the experience of education and health education professionals in school health education with existing health crisis and health promotion in schools, with emphasis on identifying needs. *Scientific Research Quarterly (Teb Va Tazkiye)* 2018; 26(4): 285-300[Article in Persian].
20. Jourdan D, Samdal O, Diagne F & Carvalho G. The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion and Education* 2008; 15(3): 36-8.
21. Moynihan S, Jourdan D & Mc Namara PM. An examination of health promoting schools in Ireland. *Health Education* 2016; 116(1): 16-33.
22. Buijs GJ. Better schools through health: Networking for health promoting schools in Europe. *European Journal of Education* 2009; 44(4): 507-20.
23. Barnekow Rasmussen V. The European network of health promoting schools-from Iceland to Kyrgyzstan. *Promotion and Education* 2005; 12(3-4): 169-72.

24. Bruce E, Klein R & Keleher H. Parliamentary inquiry into health promoting schools in Victoria: Analysis of stakeholder views. *Journal of School Health* 2012; 82(9): 441-7.
25. Gugglberger L. Support for health promoting schools: A typology of supporting strategies in Austrian provinces. *Health Promotion International* 2011; 26(4): 447-56.
26. Liu CH, Chang FC, Liao LL, Niu YZ, Cheng CC, Shih SF, et al. Expanding school–district/university partnerships to advance health promoting schools implementation and efficacy in Taiwan. *Health Education Research* 2015; 30(4): 638-46.
27. Xin Wei Z, Li Qun L, Xue Hai Z, Jun Xiang G, Xue Dong P, Aldinger C, et al. Health promoting school development in Zhejiang province, China. *Health Promotion International* 2008; 23(3): 220-30.
28. Mclsaac JLD, Mumtaz Z, Veugelers PJ & Kirk SFL. Providing context to the implementation of health promoting schools: A case study. *Evaluation and Program Planning* 2015; 53(1): 65-71.
29. Langford R, Bonell C, Jones H & Campbell R. Obesity prevention and the health promoting schools framework: Essential components and barriers to success. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2015; 12(1): 1-17.

# Evaluation of the Implementation of “Health Promoting Schools” Program in Education Organization District 1 of Ahvaz: A Qualitative Study

Amel Hoveyzi<sup>1</sup> (B.S.), Jila Najafpoor<sup>2</sup> (Ph.D.), Mehrdad Sharifi<sup>3</sup> (M.S.),  
Mansour Zahiri<sup>4\*</sup> (Ph.D.)

1 Master of Sciences Student in Healthcare Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2 Assistant Professor, Department of Healthcare Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3 Master of Science in Public Health, Health Deputy, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4 Associate Professor, Department of Healthcare Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

## Abstract

Received: Nov 2020  
Accepted: Sep 2021

**Background and Aim:** The growing health care needs of students actuated world Health Organization to develop School-based health projects in the last decades. The most important plan that has received worldwide attention and in Iran for nearly one decade is Health Promoting School (HPS) program which being implemented with collaboration of Ministries of Health and Education. Present qualitative study was conducted to evaluate this program implementation in Ahvaz education organization (District 1).

**Materials and Methods:** In this qualitative study data was collected by semi-structured interview. The study population consisted of school health experts affiliated with Ahvaz West Health Center and health deputy, health experts affiliated with education organization (District 1 and school headmasters and expert staffs in HPS (22 persons). The sampling was purposeful and the interviews continued until saturation of data. Content analysis was used for analysis of the data.

**Results:** Data analysis showed that most components of the HPS program in schools belong to education organization were not implemented properly. The major barriers were categorized into 5 and 47 main and subsidiary themes respectively. Poor stewardship and authority, policymaking and legislation, weaknesses in motivation, attitude and awareness of managers and experts, inadequacy in resources and infrastructure, ineptitude in program implementation and finally inappropriate evaluation system was specified as the main themes. According to results, some of the most important reasons for failure in HPS program consisted of, lack of functions definiteness between health deputy in ministry of health and education organization, job dissatisfaction in school health experts, not being a priority behalf education organization, insufficient delegation of authorized budget, lack of intersectoral cooperation between trustee organizations and indifference about program evaluation.

**Conclusion:** The most important challenge in the HPS program is the implementation barriers that make the establishment and implementation of this program almost ineffective. The serious and committed interaction between the ministry of Health and Education and between their respective provincial and county districts can provide the foundation for the implementation of this valuable program. A review of the organizational structure and executive framework of the program is also necessary.

**Keywords:** Health Promoting Schools, Students, Qualitative Study, Ahvaz

\* Corresponding Author:  
Zahiri M  
Email:  
zahiri-m@ajums.ac.ir