

بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش آموزان دیرآموز و عادی در مدارس استان همدان

نویسندگان: دکتر اکبر رهنما* و علی غلامی مهرداد**

* استادیار دانشگاه شاهد

** عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی — واحد همدان

چکیده

سلامت جسمانی و روانی دانش آموزان و نیز تأثیری که این دو مقوله بر میزان یادگیری دانش آموزان می‌تواند داشته باشد و همچنین نقش مدرسه در راستای نیل به این هدف در مطالعات و پژوهش‌های بسیاری مورد بررسی و تأکید قرار گرفته است. در تحقیق حاضر نیز با اتخاذ روش توصیفی از نوع پیمایشی و از طریق اجرای پرسشنامه‌های محقق ساخته به بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش آموزان عادی و دیرآموز در مدارس استان همدان پرداخته شده است. جهت اجرای تحقیق، پرسشنامه‌هایی برای مقاطع سه‌گانه تحصیلی و همچنین مقیاسی جهت درجه بندی نظر معلمان، مربیان، والدین و کارشناسان تنظیم و «روایی» و «اعتبار» آن طی مطالعه مقدماتی محاسبه گردید. سپس با استفاده از جدول مورگان و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (چندمرحله‌ای)، نمونه‌های تحقیق انتخاب گردیدند.

بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌ها گویای آن است که به‌طور کلی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش آموزان دیرآموز نسبت به دانش آموزان عادی در مقاطع سه‌گانه تحصیلی، نامطلوب‌تر است. همچنین با تجزیه و تحلیل پاسخ‌های مربوط به سؤالات تحقیق، به شناسایی و توصیف عوامل مؤثر در بهداشت جسمانی و روانی دانش آموزان پرداخته شده و جهت بهبود شاخص‌های مرتبط با بهداشت روانی و جسمانی دانش آموزان جامعه آماری مورد مطالعه، پیشنهادهای ارائه گردیده است.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روانی، بهداشت جسمانی، دانش آموزان عادی، دانش آموزان دیرآموز

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال یازدهم - دوره جدید

شماره ۹

اسفند ۱۳۸۳

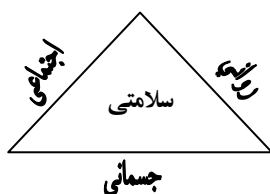
مقدمه

توجه به وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش آموزان عادی و دیرآموز یکی از اساسی‌ترین اقداماتی است که در جهت رشد شخصیت و حصول پیشرفت تحصیلی آنان بسیار مؤثر است. این مسأله نه تنها اهمیتی کم‌تر از توجه به رشد هوشی و شناختی

دانش آموزان ندارد، بلکه گاهی از آن مهم‌تر بوده و توجه بدان نتایج مثبت زیادی در پی خواهد داشت. امروزه تقریباً اکثریت افراد متخصص و اهل فن پذیرفته‌اند که نقایص و کاستی‌های مرتبط با سلامت اجتماعی، عاطفی و جسمانی و سایر موانع یادگیری دانش آموزان در مدارس باید به‌گونه‌ای برطرف گردد تا یادگیرندگان به سطوح بالایی از پیشرفت تحصیلی

«سندرم سازش عمومی» (General adaptation Syndrom)، تأثیر بسزایی در تحول توجه به بهداشت روانی ایفا کرد [۵]. در خصوص تعریف سلامتی و سلامت روان دیدگاه‌های مختلفی به ترتیب زیر وجود دارد: سلامت روان از دیدگاه پزشکی که در آن بهنجاری و سالم بودن را داشتن علائم بیماری تلقی می‌کند، البته این دیدگاه منحصر به بیماری‌های روانی نیست و در اکثر بیماری‌های جسمانی نیز صدق می‌کند، به‌عنوان مثال در بیماران مبتلا به فشار خون یا بیماری قند. از دیدگاه روان‌پزشکی معمولاً فردی را سالم می‌دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل این رفتارها در مواجهه با مشکلات احتمالی داشته باشد. از این دیدگاه انسان و رفتارهای او در مجموع به‌صورت یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که براساس چگونگی تأثیر متقابل اجزای سیستم بر روی یکدیگر عمل می‌کند. سلامت روان از دیدگاه رفتارگرایان بر محور رفتار عادی دور می‌زند که در آن رفتار عادی نمودار شخصیت سالم است. از این نظرگاه رفتارهای نابهنجار نیز مانند رفتارهای بهنجار از محیط کسب می‌گردد به عبارتی اختلالات روانی و رفتاری نتیجه شرطی شدن‌های محیطی است و برای از بین بردن آن‌ها و بازیابی سلامت روانی باید به‌عنوان مثال به روش‌هایی چون شرطی‌سازی تقابلی (reciprocal conditioning) روی آورد و سرانجام باید به سلامت روان از دیدگاه انسان‌گرایان اشاره کرد که در آن غرایز و تمنیات نفسانی به‌عنوان سائق رفتار انسان تلقی نمی‌گردند، بلکه گرایش به خودشکوفایی و تحقق خویشتر آرمان اساسی انسان است و انسان سالم کسی است که در این جهت گام برمی‌دارد [۵].

امروزه به ویژه در رویکردهای «سلامت نگر» (health oriented) مفهوم سلامتی به‌عنوان یک مؤلفه سه بعدی: روانی، اجتماعی، جسمانی در نظر گرفته می‌شود. شکل زیر نشان‌دهنده آن است:



دست یابند. روندهای نوظهور و جدید در امر بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان نیز نقش‌هایی فراتر از ارائه خدمات مستقیم و مشاوره‌ای بهداشت روانی و جسمانی را جستجو می‌کنند. در این جهت یابی جدید تمام کسانی که در مدرسه نقشی به عهده دارند باید بتوانند به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده و تسریع‌گر ارائه خدمات بهداشت روانی عمل کنند و توانایی ارائه خدمات جسمانی، سلامت روانی و اجتماعی در قالب برنامه‌های بهداشتی در مدارس داشته باشند [۱].

از آن‌جا که مدارس نقش بسیار مهمی در برآوردن احتیاجات اساسی جسمانی و روانی بخش نسبتاً بزرگی از افراد جامعه یعنی دانش‌آموزان ایفا می‌کنند و با گروه‌های مختلف دانش‌آموزان که از نظر ویژگی‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی با یکدیگر متفاوتند، سروکار دارند، لازم است برای رسیدن به عملکرد رضایتبخش، مسائل مرتبط با بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان را مورد توجه قرار دهند [۲ و ۳]. در همین راستا تحقیقات نیز همبستگی مثبت بین توجه به بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان با پیشرفت تحصیلی و رشد شخصیت آنان را نشان می‌دهد [۴].

تاریخچه بهداشت روانی به قدمت وجود بیماری‌های روانی است، یعنی از زمانی که بشر پا به عرصه زندگی اجتماعی گذاشته است. به‌ویژه از آن نظر که بیماری‌های روانی از گذشته وجود داشته‌اند و علم روان‌پزشکی نیز در پی تشخیص و درمان این بیماری‌ها تلاش می‌کرده است. روان‌پزشکانی چون کراپلین (Kraplin)، بلولر (Blealer)، پیرژانه (Piere Janet) و شارکو (Charcot)، تحت تأثیر درمان اخلاقی پینل (Pindil) تأثیر به‌سزایی در گسترش نهضت توجه به بهداشت روانی ایفا کردند. با گسترش روان‌تحلیل‌گری توسط فروید در اوایل قرن بیستم و تئوری‌های انگیزش و هیجان و کارهای افرادی چون «والترکانن» (Cannon)، «جیمز پاپز» (James Papez) و «هانس سلیه» (Hans Selyer)، این امر بیش‌تر مورد توجه قرار گرفت. در این میان تئوری هانس سلیه در تبیین استرس (فشار روانی) به نام

آموزشی و پرورشی در جهت رفع موانع یادگیری آنان باید مورد توجه قرار گیرد. به عبارتی امروزه رویکردهای جامع و یکپارچه در تعلیم و تربیت توجه پیش‌تر به مشکلات یادگیری و ایجاد زمینه‌های رشد سالم در شاگردان را فراهم آورده است [۱۱]. در پرتو چنین رویکردی می‌توان امیدوار بود که مدارس به‌عنوان محیطی که زمینه مساعدی برای مراقبت از یادگیری و افزایش سطح رفاه روانی - اجتماعی دانش‌آموزان فراهم کنند، مطرح گردند.

در بررسی پیشینه پژوهشی خارجی، کلارک در سال ۱۹۸۴ نتیجه می‌گیرد که قضاوت معلمین تایلندی و امریکایی در خصوص دانش‌آموزان ۶ تا ۱۱ ساله متفاوت است. معلمین تایلندی در مقایسه با معلمین امریکایی، دانش‌آموزان خود را بیش‌تر مستعد مشکلات رفتاری و هیجانی می‌دانستند. این مورد می‌تواند بیانگر این نکته باشد که در بررسی وضعیت بهداشت روانی دانش‌آموزان، معلمین هر دو گروه ملاک‌های متفاوتی را برای قضاوت درباره رفتارهای مشاهده شده به‌کار برده‌اند [۱۲].

در تحقیقی که توسط ماموندا ۱۹۹۴ در ارتباط با آزمایش ایجاد اضطراب و تأثیر آن در موفقیت تحصیلی در بین دانش‌آموزان کشور آفریقای جنوبی صورت گرفت، نشان داده شد که در بین دانش‌آموزان دارای امتیازات بالا و پایین در آزمایش اضطراب و تأثیر آن در پیشرفت تحصیلی، برخلاف اکثر تحقیقات غربی، تفاوت معناداری بین دو گروه از دانش‌آموزان مشاهده نشد [۱۳].

پژوهشی دیگر تحت عنوان «بررسی رابطه بین دو سبک زندگی و سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان» نشان داده است که بین ارزش‌ها، مذهب و سلامت جسمی و روانی رابطه وجود دارد [۱۰].

مک‌سامونلسن در سال ۱۹۹۴ نیز از تحقیق خود نتیجه می‌گیرد که بین سلامت روانی و شبکه‌های اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. همچنین وی خاطر نشان می‌سازد که بین سلامت روانی والدین

تحقیقات انجام یافته در سطح جهانی [۶] نیز نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش بهداشت، در صورتی که به چارچوب کلاس درس محدود شود، تأثیر اندکی بر سطح سلامتی جامعه دارد. معلمین باید به ورای مدرسه فکر کنند. یعنی با کارکنان بهداشتی، رهبران اجتماعی و واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی همکاری تنگاتنگی داشته باشند. با اتخاذ چنین رویکردی پیام‌های بهداشتی (اعم از جسمی یا روانی) دریافت شده توسط دانش‌آموزان در سطح وسیعی در جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد و لذا می‌توان منتظر بهبودی واقعی در سلامت مردم بود.

لزوم توجه به نقش مدرسه در تأمین احتیاجات اساسی جسمانی و روانی کودکان بیش‌تر در زمانی احساس می‌شود که به یاد داشته باشیم، دانش‌آموزانی که از هوش مرزی برخوردارند و یا به اصطلاح «دیرآموز» (Slow Learner) هستند، مجبورند در کلاس‌هایی آموزش ببینند که در کنار آن‌ها دانش‌آموزان عادی و احیاناً پرهوش مشغول به تحصیل هستند، گرچه پیشرفت تحصیلی دیرآموزان در این کلاس‌ها به کندی صورت می‌گیرد [۷]، اما مطالعات نیز نشان می‌دهند که دانش‌آموزان دیرآموز حدود ۵ درصد تا ۱۰ درصد کودکان سنین دبستانی را تشکیل می‌دهند [۸].

در این میان توجه به بهداشت روانی بدون در نظر گرفتن پایه‌های اولیه بهداشت جسمانی ناکافی است، چرا که روان سالم در قالب و ظرف جسم و بدن سالم می‌تواند وجود داشته باشد. در این زمینه پژوهشگران و دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت بر این باورند که سلامت جسمانی کودکان عامل تعیین‌کننده و مهمی در رسیدن به یک نظام آموزشی کارآمد و بهینه است [۹]. برخی دیگر از پژوهشگران نیز افت تحصیلی شمار زیادی از دانش‌آموزان کشورهای در حال توسعه را ناشی از عدم توجه به بهداشت و تغذیه این دسته از دانش‌آموزان می‌دانند [۱۰].

به‌طور کلی توجه به مقوله بهداشت روانی و جسمانی در مدارس به‌عنوان جزء لاینفک فعالیت‌های

در پژوهشی که توسط مهریار و همکاران در سال ۱۳۷۸ در شهرستان شیراز در ۵۱ مدرسه در بین دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم در خصوص بررسی وضعیت بهداشت روانی صورت گرفته مشخص شده است که اختلالات رفتاری در میان پسران در مقایسه با دختران بیش‌تر است. در میان پسران، بیش‌فعالی، پرخاشگری، لکنت زبان و رفتارهای ضداجتماعی بیش‌تر مشاهده گردید. در حالی که در بین دختران، واکنش‌های نوروتیک از قبیل کناره‌گیری، بی‌تفاوتی و اضطراب بیش‌تر مشاهده گردید [۱۸].

در تحقیقی که توسط اصغرنژاد در سال ۱۳۷۷ در مورد تعیین میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران انجام گرفت، نتایج تحقیق نشان داد که اثر این آموزش‌ها در افزایش توان سازش یافتگی نوجوانان مؤثر است. محقق در این تحقیق از پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر، پرسشنامه بازخورد معلمان نسبت به بهداشت روانی و مقیاس تنیدگی والدین استفاده کرده است. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که ۳۷/۸ درصد از دانش‌آموزان مذکور واجد مشکلات روان‌شناختی بوده‌اند. ۲۲ درصد مشکلات رفتار ارتباطی، ۱۰ درصد مشکلات عاطفی و ۵ درصد مشکلات رفتاری ارتباطی و عاطفی را توأم داشته‌اند [۱۹].

در پژوهش دیگری تحت عنوان «بررسی رابطه ویژگی‌های خانواده با سلامت روانی دانش‌آموزان دختر سال سوم تجربی شهر تهران که توسط نوری و مهریار در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت، نشان داده شد که بین محیط خانوادگی نابسامان با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و وسواس آزمودنی‌ها ارتباط وجود دارد [۲۰]. با توجه به تمهیدات یاد شده تلاش اساسی تحقیق حاضر این بوده که مشخص سازد که: «وضعیت موجود و مطلوب مرتبط با بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان عادی و دیرآموز در سطح استان همدان چگونه است؟»

دانش‌آموزان و عدم وجود اختلال جسمانی و روانی در بین دانش‌آموزان و بین سلامت روانی والدین و شبکه‌های اجتماعی فرزندان آنان رابطه وجود دارد [۱۴].
شاو در سال ۲۰۰۰ از تحقیق خود بر روی ۱۴۲ کودک (با میانگین سنی ۹ سال و ۲ ماه) که به‌خاطر مشکلات تحصیلی به بیمارستان ارجاع شده بودند و نمره هوشی بین ۷۰ تا ۸۵ داشتند، نتیجه‌گیری می‌کند که در بین این کودکان مسائل زیر شایع بوده است: شکایت از دردهای جسمانی، بی‌انگیزه بودن، دعوا و درگیری، داشتن مسائل انضباطی، اختلال کمبود توجه، اختلال نافرمانی لجوجانه، متولد شدن از مادران نوجوان، مردودی طی دوره سه‌ساله تحصیل و تکانشی عمل کردن [۷].

گابریل در سال ۲۰۰۲ در تحقیق خود در زمینه بهداشت روانی معلمان، استفاده از کتب و منابع بهداشت روانی، شرکت در کلاس‌ها و سمینارهای بهداشت روانی را در این راستا برای معلمان ضروری می‌داند [۱۵].

در بررسی پیشینه تحقیقات داخلی موارد زیر قابل اشاره است:

دژکام در سال ۱۳۷۱ در تحقیقی بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی در شهر قم به این نتیجه رسید که اختلال سلوک در بین دانش‌آموزان کلاس چهارم ۱۳ درصد و در بین دانش‌آموزان کلاس پنجم ۱۰/۵ درصد است. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که میزان اختلالات فوق با وضعیت اشتغال و سواد والدین، ترتیب تولد و تعداد فرزندان، به جز ترتیب تولد همبستگی معناداری را دارا نیست [۱۶].

بهره‌بردار در سال ۱۳۷۷ در تحقیقی که در خصوص وضعیت بهداشت روانی در مدارس عادی و دولتی شهر شیراز انجام داد نتیجه گرفت که اختلال هیجانی با ۷ درصد در بین دانش‌آموزان بالاترین میزان را به خود اختصاص داده این اختلال در بین دختران بیش‌تر از پسران بوده است [۱۷].

روش

آزمودنی

الف: جامعه آماری تحقیق شامل موارد زیر بود:

الف-۱- کلیه دانش‌آموزان مقاطع ابتدایی، راهنمایی و متوسطه در سطح استان همدان که به ترتیب در مقطع ابتدایی (۲۲۰/۵۸۴) نفر، در مقطع راهنمایی (۱۴۰/۹۲۷) نفر و مقطع دبیرستان (۸۱/۲۸۷) نفر بودند که مجموعاً کل جامعه آماری در سه مقطع شامل ۴۴۲/۷۹۸ دانش‌آموز می‌شدند.

الف-۲- کلیه معلمان، مربیان، والدین و کارشناسان آموزشی که به استثنای جامعه والدین (۱۷/۶۱۴) نفر را شامل می‌شدند.

ب: نمونه تحقیق:

روش و تعداد نمونه انتخابی از جامعه‌های آماری فوق براساس جدول مورگان به ترتیب زیر انتخاب گردیدند: دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ۴۱۳ نفر (۲۲۱ دانش‌آموز دختر و ۲۰۲ دانش‌آموز پسر)، دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه ۲۳۰ نفر (۲۱۷ دانش‌آموز دختر و ۲۱۳ دانش‌آموز پسر) معلمان، مربیان، کارشناسان و والدین ۴۸۰ نفر، که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (چند مرحله‌ای) انتخاب گردیدند.

ابزار تحقیق

در این تحقیق از سه ابزار به ترتیب زیر استفاده به عمل آمد:

۱- پرسشنامه ۳۲ سؤالی بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی مقطع ابتدایی.

۲- پرسشنامه ۶۰ سؤالی بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی ویژه مقطع راهنمایی و متوسطه.

۳- مقیاس درجه‌بندی ۲۵ سؤالی جهت بررسی نظرات معلمان، مربیان، کارشناسان و والدین در خصوص وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان.

در این تحقیق به منظور برآورده روایی و اعتبار ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان و شناسایی دیدگاه‌ها و نظرات

معلمان، مربیان، کارشناسان و والدین از پرسشنامه و مقیاس محقق ساخته استفاده به عمل آمد. در راستای افزایش کیفیت ابزار اندازه‌گیری سه مرحله متوالی به شرح زیر طی گردید:

مرحله اول: ساختارسازی (Constraction)، مرحله دوم رواسازی (Validation) و مرحله سوم اعتباریابی (reliabilization).

در مرحله ساختارسازی به شناسایی ابزارهای رایج و معتبر در حیطه بهداشت روانی و جسمانی پرداخته شد و از طریق بررسی دقیق ابزارهای موجود به شناسایی خرده مقیاس‌ها و شاخص‌های سازنده ابزار تحقیق مبادرت گردید و طی آن شاخص‌های اصلی و خرده مقیاس‌های بنیادی تعریف و تبیین گردید. در این مرحله همچنین روایی محتوایی و صوری ابزارهای اندازه‌گیری با تاکید بر نظر متخصصان (حداقل ۷ نفر) اساتید و اهل فن به دست آمد.

در مرحله دوم (رواسازی) به شناسایی میزان همبستگی ابزارهای تدوین شده با ملاک خارجی پرداخته شد. بدین ترتیب که از طریق مصاحبه تشخیصی که توسط پژوهشگر با تعداد (۱۰) آزمودنی صورت گرفت، نمرات ۱ تا ۵ به عنوان معرف نمرات بهداشت روانی و جسمانی به دست آمد و بین نمرات مصاحبه تشخیصی با نمرات حاصله از پرسشنامه سنجش بهداشت روانی و جسمانی همبستگی معنادار ($r = 0/41$) به روش همبستگی اسپیرمن به دست آمد. رقم حاصله معرف روایی بیرونی ابزار اندازه‌گیری است. جهت برآورد اعتبار پرسشنامه‌ها نیز از آلفای کرونباخ استفاده به عمل آمد که به ترتیب ضریب اعتبار برای پرسشنامه مقطع ابتدایی ۰/۶۲، و برای پرسشنامه راهنمایی و متوسطه ۰/۷۸ محاسبه گردید. ضریب اعتبار برای مقیاس درجه‌بندی معلمان ۰/۶۸ به دست آمد. بدین ترتیب ضرایب اعتبار به دست آمده از نظر آماری مورد قبول بود و امکان به کارگیری پرسشنامه‌ها را فراهم می‌ساخت.

روش تحلیل داده‌ها

در تحقیق حاضر در بخش توصیف داده‌ها از جداول، نمودارها، فراوانی، درصد فراوانی و ... استفاده گردید. در بخش تحلیل داده‌ها نیز از مدل آماری (t) تک گروهی جهت شناسایی تفاوت معناداری بین میانگین تجربی و نظری و همچنین جهت مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی و جسمانی دو گروه دانش‌آموزان دیرآموز و عادی از آزمون t استیودنت گروه‌های مستقل استفاده به عمل آمده است.

مراحل اجرای تحقیق

تحقیق حاضر در دو مرحله به شرح زیر انجام گرفت:

مرحله اول: مطالعه مقدماتی (Pilot Study)، تحقیق حاضر به منظور تعیین روایی و اعتبار ابزارهای پژوهش و انجام اصلاحات لازم در طرح پژوهشی، بر روی ۳۰ دانش‌آموز مقطع ابتدایی و ۳۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی و متوسطه و ۴۰ نفر از معلمان، مربیان، کارشناسان و والدین صورت گرفت.

مرحله دوم: مطالعه اصلی: بعد از انجام مطالعه مقدماتی و اعمال اصلاحات لازم در ابزارهای تحقیق، مرحله اصلی تحقیق بر روی نمونه‌های اصلی تحقیق اجرا گردید. بدین صورت که ابتدا مناطق آموزشی استان به عنوان واحد نمونه‌گیری انتخاب و آن گاه از بین مناطق آموزشی، نواحی مختلف آموزش و پرورش، سپس مدارس این نواحی انتخاب و در مرحله آخر کلاس‌های درس ملاک انتخاب قرار گرفته و گزینش تصادفی دانش‌آموزان از بین کلاس‌های فوق به عمل آمد.

یافته‌های تحقیق

در بخش تحلیل یافته‌های تحقیق جهت مقایسه میانگین تجربی با میانگین نظری از مدل آماری (t) تک گروهی استفاده به عمل آمد که به علت کثرت سؤالات یک نمونه از تحلیل انجام یافته به صورت کامل به شرح زیر ارائه می‌گردد. برای تک تک سؤالات

پرسشنامه (دانش‌آموزان عادی و دیرآموز) بر طبق الگوی زیر عمل شده است.

با توجه به این که میانگین تجربی (۱/۲۵) از میانگین نظری (۱) بالاتر بوده و همچنین میزان t به دست آمده (۲/۵۱) در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان عنوان کرد که وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز در مقطع ابتدایی در شاخص فوق مطلوب است (جدول ۱).

با توجه به این که میانگین دانش‌آموزان دیرآموز پایین تر است و میزان t به دست آمده (۱۲/۱۶-) در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان عنوان کرد دانش‌آموزان دیرآموز در مقایسه با دانش‌آموزان عادی در شاخص فوق از وضعیت بهداشت روانی و جسمانی پایین تری برخوردارند (جدول ۲).

با توجه به این که میانگین تجربی (۱۷۹/۱۰) از میانگین نظری (۱۵۰) بالاتر بوده و همچنین میزان t به دست آمده (۳۴/۲۲۸) در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان عنوان کرد که وضعیت بهداشت روانی - جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز مقطع راهنمایی و دبیرستان در شاخص فوق مطلوب است (جدول ۳).

با توجه به این که میانگین دانش‌آموزان دیرآموز (۱۳۷/۸۰) از میانگین دانش‌آموزان عادی (۱۷۹/۱۰) پایین تر است و همچنین میزان t به دست آمده (۲۵/۶۳-) در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است می‌توان عنوان کرد که دانش‌آموزان دیرآموز در مقایسه با دانش‌آموزان عادی در شاخص فوق از وضعیت بهداشت روانی و جسمانی پایین تری برخوردارند (جدول ۴).

نتایج به دست آمده در جدول ۵ نشان می‌دهد با توجه به این که میانگین وضعیت مطلوب (۱۷۰/۵۶) از میانگین وضعیت موجود (۱۲۲/۱۹) بالاتر است و میزان t به دست آمده (۱۳/۵۴-) در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است می‌توان عنوان کرد که عدم انطباق پذیری بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب در شاخص فوق وجود دارد. به عبارتی بین وضعیت بهداشت روانی

جدول ۱: مثال: تحلیل سؤال اول در گروه دانش‌آموزان دیرآموز مقطع ابتدایی

میانگین نظری	میانگین تجربی	انحراف معیار	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معناداری	وضعیت بهداشت روانی - جسمانی
۱	۱/۲۵	۰/۸۰	۶۳	۲/۵۱	۰/۰۱	مطلوب

جدول ۲: مقایسه بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز و عادی (مقطع دبستان)

سطوح	میانگین	انحراف معیار	تعداد	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معناداری
دیرآموز	۲۹/۸۲	۹/۰۴	۶۴	۴۱۱	-۱۲/۱۶	۰/۰۱
عادی	۴۵/۱۵	۹/۰۲	۳۴۹			

جدول ۳: مقایسه بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز (مقطع راهنمایی و دبیرستان)

میانگین نظری	میانگین تجربی	انحراف معیار	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معناداری	وضعیت بهداشت روانی - جسمانی
۱۵۰	۱۷۹/۱۰	۱۶/۰۲	۳۵۴	۳۴/۲۲۸	۰/۰۱	مطلوب

جدول ۴: مقایسه بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز و عادی (مقطع راهنمایی و دبیرستان)

شاخص آزمودنی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معناداری
دیرآموز	۱۳۷/۸۰	۹/۲۸	۴۶	۳۹۹	-۲۵/۶۳	۰/۰۱
عادی	۱۷۹/۱۰	۱۶/۰۲	۳۸۴			

جدول ۵: مقایسه وضعیت موجود و وضعیت مطلوب بهداشت روانی و جسمانی از دیدگاه معلمان، مربیان، والدین و کارشناسان

وضعیت شاخص	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	وضعیت
موجود	۱۲۲/۱۹	۵۱/۲۲	۴۲۲	۱۳/۵۴	۰/۰۱	عدم انطباق پذیری
مطلوب	۱۷۰/۵۶	۴۵/۹۶				

جهت پاسخگویی به سؤال اصلی بالا ۹ سؤال فرعی به ترتیب زیر مطرح گردید که در این قسمت ابتدا به طرح سؤال‌ها و سپس به تحلیل کوتاهی از جواب پرداخته می‌شود.

و جسمانی موجود دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب بهداشت روانی و جسمانی آنان از دیدگاه معلمان، مربیان، والدین و کارشناسان فاصله زیادی (معنادار) وجود دارد.

۱- نیازهای جسمانی و روانی دانش‌آموزان عادی چیست؟
با توجه به تحلیل پاسخ‌های دانش‌آموزان، معلمان، مربیان، کارشناسان و والدین موارد زیر جزء اولویت‌های نیازهای جسمانی و روانی دانش‌آموزان عادی به حساب

بررسی تحلیلی سؤالات تحقیق
سؤال اصلی تحقیق حاضر عبارت بود از: وضعیت موجود و مطلوب بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان عادی و دیرآموز در سطح استان همدان چگونه است؟

خودپنداره مثبت در شاگردان، توجه و پیشگیری از اختلالات عاطفی و هیجانی در شاگردان (شاخص‌های مربوط به سلامت روانی).

ب) شاخص‌های مربوط به تعامل شاگردان با اولیا و مربیان: مانند مواردی از قبیل برقراری روابط سالم و تربیتی اولیا و مربیان، توجه به آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی در تعاملات مربیان بهداشت، آموزشی و پرورشی با شاگردان و ارتباط تنگاتنگ اولیا و مربیان در تأمین نیازهای جسمانی و روانی شاگردان.

ج) شاخص‌های مربوط به متون، محتوا و روش‌های آموزش و ارزشیابی: مانند تطبیق موارد و محتوای آموزشی با استعدادها و توانایی‌های خاص شاگردان، توجه به رغبت، علاقه و انگیزش شاگردان در انتخاب، تدوین و تدریس محتوای آموزشی، تطبیق روش‌های آموزش با توجه به سطوح رشد شناختی و هیجانی شاگردان و توجه به روان‌شناسی و بهداشت روانی امتحان و ارزشیابی در شاگردان.

د) شاخص‌های اصلی برخورداری از بهداشت جسمانی و روانی مطلوب در بین دانش‌آموزان دیرآموز چیست؟

شاخص‌های فردی، شاخص تعامل شاگردان با اولیا و مربیان و نیز شاخص مربوط به محتوا و متون آموزشی در مورد دانش‌آموزان دیرآموز نیز صدق می‌کند با این تفاوت که در این سه محور باید به نیازهای ویژه این دسته از دانش‌آموزان توجه کرد. به‌عنوان مثال در شاخص‌های فردی به نیاز این دسته از شاگردان به تمرکز حواس و دقت بیشتر آنان در آموزش مطالب درسی، توجه خاص به مشکلات و نارسایی‌های یادگیری در بین آنان، عدم مقایسه آنان با دانش‌آموزان عادی و ایجاد جو سالم و غیررقابت‌جویانه، باید توجه داشت.

در شاخص‌های تعامل شاگردان با اولیا و مربیان توجه به شرایط واقعی یادگیری دانش‌آموزان دیرآموز از نظر محدودیت استعدادها و محدودیت دامنه علائق و توجه به آنان در شاخص‌های مربوط به متون، محتوا و

می‌آید: توجه به سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان و برآوردن نیازهای جسمانی از قبیل بهداشت و سلامت جسمی، پیشگیری از بیماری‌های جسمانی، ورزش و تغذیه مناسب در مدارس و پیشگیری از حوادث و سوانح عمده که به سلامت دانش‌آموزان آسیب می‌رساند.

۲- نیازهای جسمانی و روانی دانش‌آموزان دیرآموز چیست؟

با توجه به تحلیل پاسخ‌های نمونه‌های آماری مورد تحقیق، نیازهای ویژه دانش‌آموزان دیرآموز مقاطع ابتدایی، راهنمایی و متوسطه در سطح استان به ترتیب زیر است: نیاز به توجه بیشتر معلم و مربیان در امر آموزش و تدریس، نیاز به برقراری ارتباط سالم با سایرین، توجه بیشتر معلم و مربیان در امر آموزش و تدریس، نیاز به برقراری ارتباط سالم با سایر دوستان و همکلاسی‌ها، نیاز به همدلی از طرف اولیا و مربیان، توجه به آسیب‌پذیری روانی و جسمانی بیشتر این دانش‌آموزان، نیاز این دانش‌آموزان به متون و روش‌های آموزشی خاص، توجه بیشتر به آموزش والدین این دسته از دانش‌آموزان، به خصوص مادران آنها در خصوص نحوه برقراری ارتباط با آنان.

۳- شاخص‌های اصلی برخورداری از بهداشت جسمانی و روانی در بین دانش‌آموزان عادی کدام است؟

براساس تحلیل پاسخ‌های نمونه‌های مورد تحقیق این شاخص‌ها را در سه دسته عمده می‌توان تقسیم‌بندی کرد:

الف) شاخص‌های مربوط به نیازهای فردی دانش‌آموزان: مانند برخورداری از سطح بهینه بهداشت و سلامت جسمی، پیشگیری از بیماری‌های جسمانی. توجه شایسته به ورزش و حفظ استانداردهای ورزشی مانند نسبت معلم ورزش به دانش‌آموز و پیشگیری از حوادث (شاخص‌های مربوط به سلامت جسمانی)

توجه به سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان از قبیل نسبت مشاور یا روان‌شناس تربیتی و مربی پرورشی به دانش‌آموز، توجه و تقویت عزت نفس و ایجاد

۴- نقش مؤثر اجتماع محلی در ایجاد نگرش‌های مثبت در رعایت موازین بهداشتی (روانی - جسمانی) و پیش‌بینی مکانیسم تقویت این برنامه‌ها.

۶- معلمان و مربیان به‌عنوان یکی از تأثیرگذارترین عوامل آموزشگاهی در خصوص تأمین بهداشت روانی و جسمانی چه نقشی دارند؟

۴- نقش الگویی و سرمشق‌دهی معلمان و مربیان در آموزش موازین بهداشتی و رعایت برنامه‌های بهداشت جسمانی و روانی،

۴- نقش مؤثر معلمان و مربیان در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزش و پیشگیری از اعتیاد و سایر آسیب‌های اجتماعی از طرف مدرسه،

۴- نقش مؤثر معلمان و مربیان در همکاری با مراقبین بهداشتی مدارس، و

۴- نقش مؤثر معلمان و مربیان در بررسی و احصای نیازهای آموزشی مربوط به بهداشت بلوغ.

۷- فاصله بین وضع موجود با وضعیت مطلوب بهداشت جسمانی و روانی بین این دو گروه از دانش‌آموزان به چه میزان و در چه مواردی است؟

الف) مواردی که در آن وضعیت بهداشت روانی و جسمانی شاگردان دیرآموز نسبت به شاگردان عادی پایین‌تر (نامناسب‌تر) است عبارتند از:

- ۱- مرتب ورزش کردن و فعالیت بدنی،
- ۲- رنج بردن از بیماری‌های جسمانی،
- ۳- در بین اعضا خانواده خود آدم بسیار عصبی بودن،
- ۴- به موقع به مدرسه رفتن و سر کلاس حاضر شدن،
- ۵- سخت بودن گفتن کلمه «نه»،
- ۶- تمرکز و دقت در کلاس درس یا هنگام مطالعه،
- ۷- تحقیر (مسخره شدن) توسط اطرافیان،
- ۸- رضایت از میزان پیشرفت در دروس (رشته تحصیلی) خود،
- ۹- به راحتی کنار آمدن با اطرافیان خود،
- ۱۰- مورد پذیرش همکلاسی‌ها واقع شدن، و
- ۱۱- با والدین خود مشکل داشتن.

روش‌های آموزش و ارزشیابی و انتخاب محتواهای آموزشی درخور فهم و درک آنان اشاره کرد.

۵- نقش عوامل تأثیرگذار (خانواده- آموزشگاه و اجتماع) در تأمین بهداشت روانی این دو گروه از دانش‌آموزان چه می‌تواند باشد؟

الف) خانواده

۴- ایجاد نگرش مثبت نسبت به رعایت موارد بهداشت فردی و اجتماعی توسط شاگردان،

۴- نقش الگویی و سرمشق بودن والدین در آموزش موازین بهداشتی (جسمانی و روانی) به شاگردان، و

۴- ایجاد پایه‌های زندگی سالم در بعد روانی و جسمانی، در صورت وجود روابط سالم و صحیح بین والدین با یکدیگر و نیز بین والدین و فرزندان.

ب) مدرسه

۴- نقش تکمیلی آموزشگاه در آموزش موازین بهداشت روانی و جسمانی در کنار محیط خانوادگی،

۴- آموزش موازین بهداشت جسمانی و روانی در قالب کتب درسی و دروس رسمی،

۴- تأکید بر آموزش‌های غیررسمی و جو کلی مدرسه و نحوه تعامل شاگردان با معلمان و مربیان در ایجاد

نگرش‌های مثبت و یادگیری مهارت‌های اجتماعی، و نقش کارکنان آموزش دیده از قبیل معلم، مدیر، مربی بهداشت، مشاور و روان‌شناس مدرسه و معلم ورزش و تغذیه در تأمین سلامت روانی و جسمانی شاگردان.

ج) اجتماع

۴- تشویق و ترغیب شهروندان به رعایت موازین بهداشتی (جسمانی و روانی) از طریق رسانه‌های جمعی و تأثیرگذار،

۴- تزریق اطلاعات و آگاهی‌های بهداشتی (جسمانی و روانی) از طریق رسانه‌های گروهی،

۴- هماهنگی و همکاری بیش‌تر نهادهای اجتماع محلی و انجمن‌های علمی تخصصی محلی با مدرسه در

تأمین اوقات فراغت و پیشبرد برنامه‌های آموزشی و پرورشی توسط مدرسه

۳- عدم جداسازی فرآیند آموزش و پرورش دانش‌آموزان دیرآموز و عادی،

۴- توجه به نیازهای ویژه دانش‌آموزان دیرآموز در زمینه‌های شناختی، هیجانی و مهارتی جهت تأمین هر چه بهتر سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموزان،

۵- توجه اساسی به عوامل مهم: الف) آموزش بهداشت (ب) آموزش رفتار تغذیه‌های مناسب و ج) آموزش ورزش در مدارس استان،

۶- جدی گرفتن نقش مربیان بهداشت و مشاوران تحصیلی و تربیتی در مدارس،

۷- جدی گرفتن نقش مدرسه و آموزش‌های مدرسه‌ای در پیشگیری از اعتیاد در دانش‌آموزان، و

۸- حمایت و پشتیبانی مالی مناسب جهت اجرای برنامه‌های آموزشی و پرورشی جهت تقویت و تأمین سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان.

۹- تبعات جداسازی و یا یکسان‌سازی آموزش دو گروه از دانش‌آموزان عادی و دیرآموز چیست؟

براساس تحلیل پاسخ‌های نمونه‌های آماری، اکثریت افراد جامعه آماری مورد بررسی با جداسازی این دو گروه چه در فعالیت‌های آموزشی و چه در فعالیت‌های پرورشی به دلایل زیر مخالف بودند:

۱- به این دلیل که شاگردان دیرآموز از نظر استعداد و علائق تفاوت فاحشی با گروه دانش‌آموزان عادی ندارند با اندک تلاش و کوشش ویژه معلمان، قادرند کمبودهای خود را جبران کرده و هم‌پای سایر همکلاسی‌های خود پیشرفت کنند،

۲- جداسازی این دو گروه باعث برچسب عقب مانده خوردن به دیرآموزان می‌گردد و این خود در آموزش و پرورش آنان خلل ایجاد می‌کند، و

۳- جداسازی و برچسب زدن به دیرآموزان در بین معلمان، مربیان و کارکنان مدرسه و سایر دانش‌آموزان باعث ایجاد نگرش منفی نسبت به آنان گردیده و در نتیجه در فرایند طبیعی رشد و پرورش آنان اختلال ایجاد می‌نماید.

علاوه بر تحلیل پاسخ‌های دانش‌آموزان در ترسیم وضعیت موجود بهداشت روانی - جسمانی شاگردان، تحلیل‌های آماری مربوط به مقیاس درجه‌بندی معلمان، مربیان، والدین و کارشناسان در موارد زیر بین وضعیت موجود و مطلوب بهداشت (جسمانی - روانی) شاگردان تفاوت معنادار وجود داشته است:

۱- درجه توجه و اهمیت ورزش در سطح مدارس استان،

۲- درجه توجه و اهمیت آموزش بهداشت در سطح مدارس استان،

۳- درجه توجه و اهمیت آموزش تغذیه در سطح مدارس استان،

۴- میزان حضور مداوم و مرتب مراقبین بهداشت در مدارس استان،

۵- بررسی نیازهای آموزش بهداشت بلوغ در سطح مدارس استان،

۶- میزان توجه به وضعیت بهداشت روانی دانش‌آموزان در مدارس استان،

۷- آموزش مطالب بهداشتی (روانی - جسمانی) از طریق جلسات آموزش خانواده،

۸- آموزش اصول پیشگیری از حوادث و رعایت نکات ایمنی در مدرسه، و

۹- استفاده بهینه از امکانات موجود محلی در تأمین هرچه بیش‌تر و بهتر سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموزان در مدرسه.

۸- راهکارهای رسیدن به وضعیت مطلوب و پر کردن خلأ موجود چگونه و با چه شاخص‌هایی قابل حصول است؟

براساس تحلیل پاسخ‌های دانش‌آموزان، معلمان، مربیان، والدین و کارشناسان راهکارهای زیر درخصوص نائل آمدن به وضعیت مطلوب پیشنهاد شده است:

۱- همکاری مداوم سه نهاد خانواده، مدرسه و اجتماع محلی در آموزش موازین بهداشتی (جسمانی، روانی و اجتماعی) به دانش‌آموزان به طرق مناسب،

۲- توجه به عامل مهم آموزش و پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و روانی در سطح مدارس استان،

بحث و نتیجه‌گیری

توجه و اهمیت قایل شدن به بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان عادی و دیرآموز یکی از اساسی‌ترین اقدامات در جهت رشد شخصیت و کمک به پیشرفت تحصیلی آنان است. در جهت یابی جدید و روندهای نوظهور در ارائه خدمات بهداشتی (روانی و جسمانی) کلیه کسانی که در مدرسه نقشی برعهده دارند به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده در ارائه خدمات عمل می‌کنند. این افراد خدمات مربوط به سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را به‌صورت منظم و در قالب برنامه‌های بهداشت روانی و جسمانی در اختیار دانش‌آموزان قرار می‌دهند [۱].

چالش اساسی مورد نظر آموزش و پرورش نیز آن است که چگونه می‌توان ضمن انتقال مفاهیم آموزشی و درسی در جهت رشد و پرورش همه‌جانبه شخصیت و تأمین بهداشت جسمانی و روانی شاگردان گام‌های مؤثری برداشت. در این بین کم‌توجهی به بهداشت جسمی و روانی شاگردان و تأکید بر انباشتن ذهن آنان از محفوظات موجبات اختلال روانی آنان را فراهم می‌آورد [۴].

بحث و نتیجه‌گیری تحقیق حاضر در دو بخش، توصیف وضع موجود و ترسیم و پیشنهاد وضعیت مطلوب پی گرفته می‌شود:

الف - توصیف وضعیت موجود بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان عادی و دیرآموز استان همدان:

براساس یافته‌های تحقیق حاضر وضعیت موجود بهداشت جسمانی دانش‌آموزان عادی و دیرآموز، به ترتیب زیر است: رنج بردن از بیماری‌های جسمانی مختلف از قبیل سردرد، سرگیجه، تب کردن، نداشتن فعالیت ورزشی مرتب به ویژه در بین دانش‌آموزان دیرآموز، عدم رعایت مسایل بهداشتی از قبیل شستشوی دست قبل از غذا، خوردن، عدم تعادل بین ساعات خواب و بیداری، عدم برخورداری از وضعیت مطلوب

بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف کامل صبحانه توسط دانش‌آموزان به ویژه در مقطع ابتدایی، عدم استفاده از غذاهای طبیعی، اهمیت قایل نشدن خانواده‌ها به مسائل تندرستی و بهداشت در خانواده، عدم استفاده از وسایل بهداشتی شخصی و عدم توجه لازم به آموزش‌ها و آگاهی‌های مربوط به بهداشت بلوغ.

در خصوص وضعیت موجود بهداشت روانی نیز در میان ناراحتی‌های عصبی و روان‌شناختی مرتبط با بهداشت روانی که در بین دانش‌آموزان استان قابل مشاهده و توجه بود می‌توان به مواردی از قبیل عصبانیت و بدخلقی، غمگین و دلگیر بودن، ناامید شدن، فراموشی مطالب درسی سر جلسه امتحان، تنبیه توسط والدین، بی‌حوصلگی و عدم تمایل به اتمام کارها، عدم تمرکز و دقت در یادگیری مطالب درسی، ترس از امتحان و ترس و نگرانی در خصوص رشد و بلوغ جنسی، ترس از طرد شدن توسط همکلاسی‌ها و مورد انتقاد واقع شدن توسط معلمان و والدین و داشتن مشکلاتی در روابط شاگردان با معلمان و مربیان اشاره کرد. علاوه بر آن در خصوص مسایل روان‌شناختی مرتبط با وضعیت بهداشت روانی دانش‌آموزان می‌توان به مواردی از قبیل مشکل برقراری ارتباط صحیح با جنس مخالف و مشکلات مربوط به هویت‌یابی اشاره کرد.

البته مشابه این مشکلات در سایر جوامع نیز در بین دانش‌آموزان مشاهده می‌شود به‌عنوان مثال کاستلو در سال ۱۹۸۹ خاطر نشان می‌کند که بین ۱۲ تا ۲۲ درصد از کل جوانان زیر ۱۸ سال برخی از کشورهای اروپایی نیازمند خدماتی جهت حل مشکلات روانی، عاطفی یا رفتاری خود هستند [۲۱] همچنین هاگووود و اروین در سال ۱۹۹۷ می‌افزایند که بین ۳ تا ۵ درصد از کودکان مدرسه‌رو دارای مشکلات رفتاری - عاطفی شدید هستند [۲۲] و یا لیف و همکاران در سال ۱۹۹۶ اظهار می‌دارند که دانش‌آموزانی که از اختلالات روان‌پزشکی و معلولیت‌های شدید رنج می‌برند، مورد مراقبت خاص قرار نمی‌گیرند [۲۳].

علاوه بر اختلالات یا نارسایی‌های جسمی و روانی شایع در بین دانش‌آموزان جامعه تحقیق، در اشاره به وضعیت موجود باید به وضعیت نسبت نیروی انسانی مرتبط با فعالیت‌های بهداشت جسمانی و روانی نیز اشاره کرد.

مربی پرورشی، مربی بهداشت، معلم ورزش، روان‌شناس و مشاور مدرسه و پزشک مدرسه از جمله نیروی انسانی مرتبط با ارائه خدمات تخصصی در زمینه بهداشت روانی و جسمانی به دانش‌آموزان هستند.

براساس یافته‌های تحقیق حاضر، وضعیت موجود استان در زمینه نیروی انسانی متخصص از چند نظر مطلوب نیست، یکی از نظر پایین بودن تعداد افراد مورد نیاز یعنی عدم توازن بین تعداد شاگرد با تعداد افراد متخصص، به عنوان مثال نسبت معلم ورزش به دانش‌آموز $\frac{1}{909}$ نفر است. یعنی در ازای ۹۰۹ نفر دانش‌آموز در سطح استان یک نفر معلم ورزش وجود دارد. در خصوص مراقب بهداشت در سطح مدارس استان، نسبت مراقب بهداشت به دانش‌آموز $\frac{1}{3102}$ نفر است. به عبارتی به ازای هر ۳۱۰۲ دانش‌آموز در سطح استان یک نفر مراقب بهداشت وجود دارد. نسبت مربی پرورشی در سطح مدارس استان نیز $\frac{1}{694}$ است. یعنی به ازای هر ۶۹۴ دانش‌آموز یک نفر مربی پرورشی وجود دارد (گزیده آمار سازمان آموزش و پرورش استان همدان، سال تحصیلی ۸۱-۸۰).

وضعیت موجود در خصوص روان‌شناس پرورشی، روان‌شناس آموزشی و مشاور تربیتی و تحصیلی به مراتب بدتر است و این در حالی است که طبق بررسی‌های به عمل آمده و براساس برآورد صاحب‌نظران نسبت معلم ورزش به دانش‌آموزان در مدارس کشورهای توسعه یافته $\frac{1}{560}$ و نسبت مربی بهداشت $\frac{1}{800}$ و نسبت روان‌شناس آموزشی $\frac{1}{250}$ است. [۲۴].

واقعیت فوق در حالی قابل تأمل است که توجه داشته باشیم در کشورهایی که اهمیت زیادی به امور بهداشتی (جسمانی و روانی) دانش‌آموزان قایلند، گروه بهداشت روانی مستقر در نواحی آموزشی متشکل از روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی، خدمات مرتبط با بهداشت روانی را به دانش‌آموزان ارائه می‌دهند. خدمات فوق هم برای دانش‌آموزان عادی و هم استثنایی ارائه می‌گردد [۱۲].

ب) ترسیم و پیشنهاد وضعیت مطلوب بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان در سطح استان همدان

۱- جهت کاهش مشکلات جسمانی و روانی دانش‌آموزان (از نظر نیروی انسانی متخصص مورد نیاز) لازم است یک تیم تخصصی به صورت مستمر و برنامه‌ریزی شده به ارائه خدمات در آموزش و پرورش جامعه مورد تحقیق مبادرت ورزند. این تیم تخصصی باید شامل روان‌شناس آموزشی و تربیتی، روان‌شناس بالینی، مشاور تحصیلی و تربیتی، مربی بهداشت، پزشک عمومی و مددکار اجتماعی باشد که خدمات مرتبط با بهداشت جسمانی و روانی را ارائه کنند.

در کشورهای پیشرفته از این گروه تحت عنوان «گروه بهداشت روانی» که در نواحی آموزشی فعالیت می‌کنند، یاد می‌شود. در بین اعضای این گروه مربیان بهداشت و پزشکان عمومی نیز امور مربوط به بهداشت جسمانی دانش‌آموزان را پی‌گیری می‌کنند.

۲- جهت به روز کردن ارائه خدمات بهداشتی (روانی - جسمانی) در سطح مدارس جامعه تحقیق، پرسنل تخصصی مرتبط فعلی (مربی پرورشی، معلم بهداشت و معلم ورزش) باید از طریق آموزش‌های ضمن خدمت اطلاعات تخصصی خود را به روز کرده و آمادگی کامل ارائه خدمات بهداشتی را پیدا کنند. بدون برخورداری از چنین صلاحیت‌ها و صرفاً با اتکا به اطلاعات و دانستنی‌های اندک گذشته، در حال حاضر این افراد قادر به ارتقا سطح بهداشت روانی و

رفتار صحیح تغذیه (آموزش و اجرای برنامه‌های صحیح تغذیه) در مدارس به ویژه مدارس ابتدایی جامعه مورد تحقیق است.

ورزش و تغذیه دو محور اصلی آموزش صحیح به ویژه در سطح آموزش‌های ابتدایی است. تحقیقات متعدد نیز موید این مطلب است که توجه به این دو امر مهم و مکمل یکدیگر، پایه‌های سلامت جسمانی و روانی را در آینده تحصیلی و شغلی دانش‌آموزان پی‌ریزی می‌کند [۲۵].

در همین راستا برنامه توزیع شیر روزانه در مدارس ابتدایی جامعه تحقیق را باید به صورت جدی‌تر پی‌گیری کرده و برنامه منظمی برای آن پیش‌بینی کرد.

در ارتباط با ورزش نیز باید معلم ورزش با تخصص ویژه پیش‌بینی شود و ورزش و فعالیت‌های بدنی از حالت تفریحی خارج و به صورت یک امر اساسی در رشد و پرورش شاگردان درآید.

پیشنهادها

- ۱- پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان عادی و دیرآموز به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.
- ۲- پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان به تفکیک جنسیت (بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دختر و پسر) با یکدیگر مقایسه گردد.
- ۳- در تحقیقات بعدی جهت بررسی دقیق‌تر به مطالعه یکی از مقاطع تحصیلی پرداخته شود.
- ۴- پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی بهداشت روانی و جسمانی به علت تمایز مفهومی که با یکدیگر دارند به تفکیک مورد بررسی قرار گیرند.

جسمانی دانش‌آموزان نیستند. علاوه بر آن وجود روان‌شناس، مشاور و پزشک عمومی در کنار افراد مذکور ضروری است تا نوع و کیفیت خدمات ارائه شده تخصصی‌تر و مطلوب‌تر گردد. چنین به نظر می‌رسد که در حال حاضر در سطح جامعه مورد تحقیق در گام نخست باید از نظر کمیت به تأمین نیروی انسانی لازم پرداخته، آنگاه به فکر ارتقا و به روز کردن فعالیت‌ها بود.

۳- برقراری ارتباط مستمر با مراکز ارائه خدمات روانی - اجتماعی و مراکز بهداشتی درمانی خارج از حیطه آموزش و پرورش. در وضعیت مطلوب یک مددکار اجتماعی به عنوان حلقه واسط بین آموزش و پرورش و سایر مراکز اجتماعی ارائه‌دهنده خدمات عمل می‌کند، به نحوی که در شناسایی، درمان و بازپروری مشکلات جسمانی و روانی به صورت فعال نقش خود را ایفا می‌نماید.

مددکاری اجتماعی در وضعیت کنونی آموزش و پرورش کشور ما به عنوان حلقه مفقوده است و در صورت نبود چنین تخصصی فعالیت‌های مرتبط با بهداشت روانی و جسمانی به غایت مطلوب خود نمی‌رسد.

۴- جهت ارتقا سطح بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان در بین جامعه مورد تحقیق، لازم است از طریق جلب مشارکت‌های مردمی از توان بالقوه موجود در سطح استان استفاده‌های لازم را به عمل آورد. یکی از بسترهای اساسی جلب مشارکت مردم در ارائه خدمات بهداشتی (جسمانی و روانی) جلسات آموزش خانواده و همکاری بیشتر با انجمن اولیا و مربیان است. در صورت فعالیت کیفی نهاد انجمن اولیا و مربیان پتانسیل موجود به ویژه در نزد والدین دانش‌آموزان شناسایی شده و با همکاری خانواده‌ها به نحو مطلوب‌تری می‌توان در جهت ارتقا سطح سلامت جسمانی و روانی شاگردان گام برداشت.

۵- یکی از بسترهای اصلی جهت ارتقا سطح سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموزان جامعه تحقیق توجه اساسی و تأکید بر ورزش (تربیت بدنی) و تنظیم

منابع

۱۶. دژکام، محمود (۱۳۷۱) بررسی اختلالات شایع رفتاری در بین دانش‌آموزان ابتدایی شهر قم (طرح تحقیقی).
۱۷. بهره‌بردار، (۱۳۷۷) بررسی وضعیت بهداشت روانی در مدارس عادی دولتی شهر شیراز، شیراز: دانشگاه شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
۱۸. مهربار، امیرهوشنگ و همکاران (۱۳۷۸) بررسی وضعیت بهداشت روانی در بین دانش‌آموزان پایه اول تا پنجم در شهر شیراز (طرح تحقیقی) دانشگاه شیراز.
۱۹. اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۷۷) تعیین میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران، آموزش و پرورش شهر تهران.
۲۰. مهربار، امیرهوشنگ و نوری (۱۳۷۹)، بررسی رابطه ویژگی‌های خانواده با سلامت روانی دانش‌آموزان دختر سال سوم تجربی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
21. Costello, E.J (1989) Development in child Psychiatric epidemiology. *Journal of the american academy of child and adolescent phychiatry*, 28, 836 – 841.
22. Hoagwood, K. & Ervin, H. (1997) Effectiveness of School based Mental health Services for Children: a 10-year reaserch review; *Jouran of Child and Family Studies*, 6, 435-451.
23. Leaf, P.J.; Algeria, M.; Cohen, P.; Goodman, S.H.; Horwitz, S.M.; Hoven, C.W.; Narrow, W.E. etal, (1996) Mental health Service USA in Schools, *Journal of clinical Psychology Review*, 19, pp.81-93.
24. National Mental Health Association (1999) Fact sheet: Children's Mental health Statistics, Alexandria, Va: NMHA.
25. WHO's Global School health initiative (1998) Helping Schools to become «Health Promoting School's»: Fact Sheet, No. 92, pp.101-103.
1. Nelson, Perry (1996), School Mental health Project, UCLA.
2. Adelman, H.S. & Taylor, L. (2000) Looking at School Health and School reform Policy through the Lens of addressing Barriers to Learning. *Children's Service: Social Policy Research & Practice*, 3, 117-132.
3. Dryfoos, J.G. (1990) Adolescents at risk: Prevalence and Prevention. London: Oxford Press.
4. Tyack, D.B. (1992) Health and Social Services in Public Schools: Historical Perspectives the Fucture of Children, 2 , 19-31.
۵. میلانی‌فر، بهروز (۱۳۶۹) بهداشت روانی، نشر قومس.
6. Drfoos, J.G. (1994) Full – Service Schools: a revolution in health and Social Services for Children, Youth and Families. San Francisco: Jossor- Bass.
7. Shaw, Steven (2000) Slow Learning and Mental Health Issues, *The National Association of School Psychologists*
۸. میلانی‌فر، بهروز (۱۳۶۹) روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر قومس.
9. Callahan, Sarah, R. (1999) Understanding Health – Status Barriers that Hinder the transition from welfare to work, *National Governer-s association*, 202/624-5300.
10. Bergin, S. et al (1991) Children & Physical activity From the Start, *Newsletter article*, pp.135-8.
11. Adelman H.S. & Taylor, L. (1993) School – based mental health: toward a comprehensive approcah. *Journal of mental Health administration*, 20, 32-45.
12. Clark, C. (1984) The Physical activity, Fitness and Health of Children, *Journal of Sport Science*, pp.71-79.
13. Center for mental health in Schools (1997) Addressing Barriers to Learning: Closing Gap in School – Community. Policy and Practice, Los Angeles: Author at UCLA.
14. Samuelson, M. & Duralk, J.A. (1995) School – based Prevention for Children and adolescents, thousand oaks, CA: Sage.
15. Gabrielle E., Anderson, Angela D. Whipple & Shane, R. Timerson (2002) Grade Retention achievement & Mental health outcomes, *National association of School Psychologists*.